8e Année. | No 11 | 1er Novembre 1887

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXVII

PRIX DU NUMÉRO : DEUX FRANCS

SOMMAIRE

N° 11. — Novembre 1887.

Travaux originaux

Natier : Adénome du voile du palais (côté droit). — **Masse** : La région sous-glottique du larynx. — **Perron** : Surdité d'origine quinique. Observation.

Sociétés savantes

COMPTE RENDU DU CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES DE WASHINGTON. SECTION DE LARYNGOLOGIE. (Suite et fin).— **Curtis** : Chirurgie de la cloison et des cornets. — **Masséi** : Erysipèle primitif du larynx. — **Semeleder** : Vingt ans de pratique laryngologique à Mexico. — **Eaton** : Etat actuel de la galvano-caustie dans le traitement des affections des voies aériennes supérieures, avec présentation d'instrument et description de différents cas.—**Casselberry** : Polypes fibreux des fosses nasales.—**John O. Roé** : Chorée du larynx.—**Coomer** : Effets pernicieux du tabac sur le nez et la gorge. — **Max J. Stern** : Tubage ou trachéotomie. — **Carmalt James** : Action de l'épiglotte dans la déglutition.— **C. M. Desvernine-Havan** : Tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et ses lésions. — **J. O. Dwyer** : Traitement de la sténose chronique du larynx et de la trachée.— **W. P. Northrup** : Anatomie pathologique de la diphtérie laryngée dans ses rapports avec l'intubation. — **E. Bouchut** : Le tubage du larynx dans le rétrécissement et dans l'asphyxie du croup.—**J. O'Dwyer**: Intubation du larynx. — **F. E. Waxham** : Intubation du larynx. Ses avantages et ses désavantages. Statistiques de l'opération.

SECTION D'OTOLOGIE.— **Bishop** : Rapport sur 5,700 cas de maladies de l'oreille, classées d'après l'âge, le sexe, la profession et la nature de la maladie. études des diverses causes. — **B. Loewenberg** : Traitement et la bactériologie de l'otite furonculeuse. — **L. Turnbull** : La cause et le traitement des furoncles de l'oreille. — **T. E. Murrel** : Particularité dans la structure et les maladies de l'oreille chez le nègre. — **John F. Fulton** : Inflammation primitive de l'apophyse mastoïde et de l'antre. — **G. Frothingham** : Indications pour l'ouverture artificielle de l'apophyse mastoïde et des meilleures méthodes pour amener l'occlusion de cette apophyse. — **Robert Tilley** : La syphilis héréditaire considérée comme facteur dans la production des suppurations de l'oreille moyenne. — **C. M. Hobby** : Fièvre cérébro-spinale considérée comme cause de surdité.

COMPTE RENDU DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GRANDE-BRETAGNE. — **Thomas Barr** : Bourdonnements d'oreille. — **Ch. Warden** : Surdimutité et mariages consanguins. — **Prosser James** : Remarques sur la phtisie laryngée.— **E. Woakes** : Discussion sur les névroses naso-pharyngiennes. — **Lennox-Browne** : Sténose laryngée. — Présentation d'instrument.

Bibliographie

André Boursier : Leçons de clinique chirurgicale. — **Kurd Burkner** : Atlas d'images coloriés de la membrane du tympan.

Revue générale, Analyses

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL. — **Ph. Schech** : Langue noire. — **Patrzek** : Un cas de double luette — **Guillabert** : De l'inflammation de la luette et de son incision. — **Alb. Ruault** : Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes. — **E. Martel** : Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée.

NEZ ET PHARYNX NASAL. — **A. Cartaz** : Un cas de rhinite professionnelle.— **Ralph W. Seiss** : Le thymol dans le traitement de la rhinite atrophique. — **A. Hartmann** : Du croup de la muqueuse nasale. Rhinite fibrineuse.— **O. Seifert** : De la rhinite croupale. — **Max Bresgen** : Tuberculose ou lupus de la muqueuse nasale. — **Max Bresgen** : Simple reflexion sur le gonflement de la muqueuse du nez, correspondant au côté sur lequel on se couche. — **Seifert** : Du myxofibrome des choanes.

NOUVELLES. — NOUVEAU JOURNAL.

8e Année. N° 11. 1er Novembbe 1887.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ. — CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR DEMONS

ADÉNOME DU VOILE DU PALAIS

Observation recueillie par M. NATIER, interne des Hôpitaux.

Les tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais en général, et les tumeurs bénignes en particulier, sont assez peu fréquentes pour qu'il nous ait paru intéressant de publier l'observation qui va suivre.

Qu'il nous soit de suite permis de remercier M. Demons pour l'honneur qu'il nous a fait en nous autorisant à cette publication. Nous commencerons par la relation de ce cas et nous la ferons suivre des quelques réflexions qu'elle nous inspire.

Mme A..., quarante-quatre ans, sans profession à L...-M... (Dordogne) entre dans le service (dames payantes) de M. le professeur Demons, le 11 octobre 1887.

Cette dame est absolument indemne de tout antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. Il y a huit à neuf ans environ, une de ses amies lui fit remarquer qu'elle portait sur le voile du palais quelque chose d'anormal. Elle avait bien elle-même constaté qu'il existait en effet, du côté droit, une petite saillie, mais elle ne s'en était pas autrement préoccupée, prétendant qu'il en était ainsi chez tout le monde. Ce fut, du reste, le pur hasard, un mal de gorge, qui lui fit découvrir la tumeur dont elle était porteur.

A cette époque, le néoplasme avait à peu près la grosseur d'un œuf de pigeon et paraissait plus rapproché de la ligne médiane que de l'arcade dentaire. Les indications de la malade, pour ausssi précises qu'on veuille bien les accepter, semblent indiquer déjà que la tumeur aurait pris naissance du côté droit, au niveau du point de jonction de la portion membraneuse avec la portion osseuse du palais, et pour plus d'exactitude, dans l'angle droit postérieur formé par le raphé médian et la ligne transversale correspondant à l'union du

voile avec la voûte palatine. Il n'existait alors de troubles ni du côté de la respiration, ni du côté de la voix dont l'articulation était très nette. Pas d'épistaxis, pas de troubles de la déglutition; la nuit, la malade dormait, la bouche complètement fermée.

L'état local et général (toujours au dire de la malade) est demeuré stationnaire jusqu'à il y a quatre ans. A ce moment, elle s'aperçoit que la voix devient nasonnée; elle prononce néanmoins toujours très nettement chaque mot et chaque syllabe. Elle éprouve au cou une sensation d'engorgement. La respiration nasale demeure toujours libre. Couchée, elle est obligée de se tenir sur le côté droit (côté de la tumeur) car lorsqu'elle est inclinée du côté gauche, celle-ci semble se déplacer et provoque de l'étouffement, lui interdisant de rester dans cette position. Elle commence à dormir la bouche ouverte.

Les troubles fonctionnels étaient si peu importants, que la malade a attendu cinq ans avant de demander les secours de l'art. Les médecins qui la virent alors portèrent le diagnostic de *tumeur bénigne*. L'un d'entre eux (le Dr Lagasse), fut autorisé à pratiquer une ponction exploratrice. Celle-ci donna lieu à l'écoulement de *déux ou trois cuillerées* d'un sang très noir et très épais. Il ne survint à la suite aucune modification ni dans la tumeur proprement dite, ni dans ses symptômes.

Cependant cette dame a remarqué que la grosseur avait dès lors pris un accroissement plus rapide.

Elle vint, l'année dernière, consulter M. Demons qui lui conseilla une extirpation; mais indécise, elle préféra remettre à un autre moment l'opération.

Etat actuel. — Mme A..., d'une haute stature, l'air distingué, présente un état général très satisfaisant. Pas la moindre trace de cachexie, facies normal à peine légèrement anémié. La menstruation a toujours été régulière et persiste encore; depuis trois mois, légère diminution de l'appétit, un peu d'amaigrissement. La malade s'exprime clairement, mais elle nasonne quelque peu en parlant.

A l'examen direct, dès qu'on prie cette dame de tenir la

bouche ouverte, on aperçoit immédiatement, faisant saillie sur la face inférieure du voile du palais et du côté droit, une tumeur d'aspect lisse bosselée, unie, allongée d'avant en arrière et de haut en bas. La muqueuse qui la recouvre est très vasculaire et *parfaitement saine.*

Elle a à peu près le volume et la forme (ovalaire) d'un œuf de poule, à grosse extrémité postérieure, à petite extrémité antérieure. En dehors, elle suit assez bien la courbure de l'arcade dentaire et vient se terminer en avant au niveau de la première canine. En dedans, elle dépasse légèrement la ligne médiane. Si l'on procède ensuite à l'examen de la tumeur avec le doigt, on reconnaît qu'elle s'étend en arrière jusqu'à la partie postérieure du voile qu'elle soulève et qu'elle cache complètement la luette.

On remarque en outre, qu'elle semble adhérer au voile du palais par un large pédicule, mais elle a plutôt l'aspect d'une tumeur sessile que d'une tumeur pédiculée. Il est aussi facile de se convaincre en déprimant avec le doigt la partie interne, que si elle dépasse le raphé médian, elle ne fait nullement corps avec lui et que le néoplasme ayant pris naissance en dehors de ce raphé en a parfaitement respecté les limites. Quand on le saisit dans le sens antéro-postérieur, il demeure complètement immobile, il est par contre possible de lui imprimer de légers mouvements de latéralité. Au toucher, il paraît légèrement lobulé, offre une consistance dure, sans la moindre trace de fluctuation. A la surface, on remarque, sur la partie inférieure, une cicatrice étoilée, blanchâtre, de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, et correspondant au point où avait porté la ponction antérieure.

Au point de vue des troubles fonctionnels, il n'y a absolument rien à signaler du côté de l'oreille et de l'œil droits. A part des céphalées très vives dont a eu à se plaindre la malade depuis un mois environ, et le nasonnement dont nous avons déjà parlé, on peut dire que l'état général ne laisse absolument rien à désirer.

Il n'existe *pas la moindre trace d'engorgement ganglionnaire.* On porte le diagnostic d'adénome du voile du palais.

Opération le 15 octobre 1887. — La malade est placée sur une chaise. La langue ayant été déprimée, M. le professeur Demons commence l'opération sous le spray phéniqué, et sans chloroformisation préalable. Il incise d'un seul coup et sur la ligne médiane la muqueuse et en partie la tumeur sous-jacente dans toute sa longueur. Puis, saisissant avec une pince longue cette tumeur, il la décolle avec l'index et procède en un seul temps à son énucléation. Il s'écoule une petite quantité de sang que l'on peut évaluer à quatre ou cinq cuillerées environ. On pratique une première hémostase à l'aide de tampons d'ouate salycilée, trempés dans une solution phéniquée.

La tumeur enlevée, on voit alors deux lambeaux noirâtres et d'égale dimension flottant de chaque côté et qui ne sont autre chose que la muqueuse dont elle était recouverte. Il est maintenant facile d'en constater le siège exact : elle était située du côté droit au niveau du point précis que nous avons indiqué plus haut. Elle avait pris naissance sur le voile du palais, et de là, dans son développement, s'était étendue un peu dans tous les sens, mais surtout en avant du côté du palais osseux, où elle envoyait un prolongement pouvant être évalué aux deux tiers environ de sa grosseur totale. De même, elle avait dépassé la ligne médiane. Elle paraissait en arrière faire corps avec l'amygdale droite, elle en occupait tout simplement la place, car les glandes amygdaliennes ont *complètement disparu des deux côtés.*

L'hémostase définitive a été assez longue à obtenir car il persistait constamment un écoulement en nappe dont on a cependant pu se rendre maître en promenant le thermocautère sur les surfaces saignantes. Pendant ce temps, on fait à plusieurs reprises rincer la bouche avec de l'eau vinaigrée. Enfin, au bout d'une demi-heure, cinq points de suture au catgut sont appliqués sur les lèvres de la plaie et la malade peut, après quarante minutes, regagner elle-même sa chambre, l'opération étant complètement terminée.

Suites opératoires. — Les suites de l'opération ont été très simples. Il n'y a guère à signaler qu'un suintement de sang qui

a persisté toute l'après-midi du premier jour et qui s'est arrêté de lui-même le soir pour ne plus reparaître. Le thermomètre ne s'est pas élevé au-dessus de 38° 4. Le lendemain, on a dû ponctionner pour évacuer le sang qui s'était collecté sous la muqueuse. Les points de suture ont été enlevés le troisième jour. Comme complications, vives douleurs du côté de l'oreille droite qui ont persisté toute une après-midi et toute une nuit et qui ont alors tout à fait cessé.

Le 24 octobre, il ne restait qu'une petite saillie de la grosseur d'une noisette et qui était manifestement en voie de résolution. La malade avait commencé à sortir en ville depuis deux jours; l'appétit était revenu, et elle avait demandé son exeat pour retourner chez elle. Les règles sont revenues dans la matinée du 24. La malade a constamment usé de gargarismes à l'a. thymique au 1/000e.

Caractères macroscopiques de la tumeur. — Elle est oblongue et mesure environ 6 centimètres, dans son plus grand diamètre; le diamètre transversal à 4 ou 4 1/2 centimètres. On a négligé de la peser à l'état frais, mais après huit jours d'immersion dans l'alcool P = 50 grammes. Incisée dans le sens de son plus grand diamètre, elle revêt un aspect blanchâtre, comme lardacé. Elle est divisée en petit lobules très considérables. Elle est dure et ne présente pas la moindre trace de cavité hystique.

Examen histologique de la tumeur, par M. Denucé, agrégé à la Faculté.

Des fragments de la tumeur pris à la superficie ont été fixés par l'alcool, puis divisés par les procédés habituels (acide picrique, gomme et alcool). D'autres ont été traités par le mélange chromo-aceto-osmique de Flemming et l'alcool absolu.

Les coupes faites sur les fragments de la première catégorie et soumises à divers procédés de colorations, picrocarmin, carmin-ammoniacal et liqueur iodo-iodurée, hématoxyline, hématoxyline et lavage à l'alcool absolu picriqué,

éosine hématoxylique de Renaut ont donné les résultats suivants :

A un faible grossisssement (oc. 1 obj. 2 Vérick) la partie de la coupe correspondant à la surface de la tumeur paraît irrégulière, creusée de cryptes peu profondes et étroites, hérissée de prolongements. Ces prolongements sont formés de cellules épithéliales amassées, disposées avec ordre et en continuité avec l'épithélium de la muqueuse qui revêt toute la tumeur et se déprime simplement pour former les cryptes. Cet épithélium est cylindrique à plusieurs couches. Au dessous de l'épithélium, se trouve un chorion cellulaire assez lâche contenant d'assez nombreux vaisseaux, dépourvu de culs-de-sac glandulaires, et interrompu par places par le tissu propre de la tumeur qui vient affleurer le revêtement épithélial.

Le tissu est constitué par des lobules ou amas irréguliers dans leurs dimensions et leurs formes plus ou moins arrondis, présentant des ramifications qui les mettent en connexion les uns avec les autres. Ils sont formés par des éléments cellulaires arrondis, se teignant fortement par le carmin ; dans leur épaisseur même, on peut voir des traînées plus ou moins considérables de tissu cellulaire, d'où part évidemment un reticulum fin enserrant dans ses mailles les éléménts cellulaires. Les autres sont séparés par des traînées de tissu conjonctif. Entre les amas, et plus rarement dans leur épaisseur, on voit des vaisseaux assez nombreux et présentant des parois remarquablement épaisses.

Avec un plus fort grossissement (obj. 4, 6, 7) les détails de la structure se montrent avec netteté. On voit l'épithélium formé de plusieures couches. La plus profonde est constituée par une rangée de cellules cylindro-coniques, implantées par leur pointe et présentant un noyau volumineux, plus rapproché du point d'implantation. Les couches sus-jacentes sont formées de cellules cubiques, s'applatissant à mesure qu'elles approchent de la superficie, et s'amassant pour former les prolongements. Au niveau de ces prolongements, la couche profonde de l'épithélium est légèrement soulevée, mais le

presque constamment au point où siégeait la tumeur, c'est-à-chorion n'envoie pas de prolongement dans les saillies dont nous avons parlé.

Plus les cellules s'aplatissent, et moins leur noyau est teint par le carmin, mais il est apparent.

Pour mettre en vue le caractère de la tumeur, j'ai eu recours à une technique que j'ai indiquée déjà à la Société d'Anatomie de Bordeaux, en juillet 1887, je veux parler de la coloration par une solution concentrée d'acide picrique, additionnée d'une solution alcoolique de bleu d'aniline, jusqu'à coloration vert foncé du mélange. Dans les coupes traitées, par ce réactif, les éléments cellulaires sont colorés en vert, tandis que le reticulum adénoïde ressort en bleu clair. J'ai aussi eu recours au pinceautage des pièces traitées par l'alcool au 1/3.

Partout le reticulum a montré les caractères d'un réseau de fibrilles homogènes, fines, formant des mailles dont la plupart des points de croisement, points nodaux, sont fertiles, c'est-à-dire présentent un noyau. Ces fibrilles réticulaires partent, soit de traînées plus denses que l'on rencontre dans l'épaisseur des amas cellulaires, soit des parois mêmes des vaisseaux. A la périphérie, elles se perdent dans le tissu interlobulaire, trop dense pour qu'on puisse lui reconnaître un caractère adénoïde.

Les cellules qui remplissent ces mailles sont arrondies, de dimensions à peu près égales. Leur noyau rond, fortement teint par le carmin ou l'hématoxyline est entouré d'une couche mince de protoplasma.

Les vaisseaux capillaires ont des parois considérables dues à l'épaisseur de la couche musculaire et surtout de l'adventice qui sert de point d'appui au reticulum, et paraît colorée en bleu comme celui-ci dans les pièces traitées au bleu d'aniline.

Nulle part je n'ai vu de follicules proprement dits.

En résumé, la tumeur est formée par un tissu adénoïde diffus, offrant ses caractères normaux, et tel qu'il entre en partie dans la constitution des amygdales, et surtout de l'amygdale pharyngienne de Luschka, tel qu'on le rencontre

dire à l'union du voile et de la voûte, de chaque côté de la ligne médiane. La tumeur ressemble donc absolument aux végétations dites adénoïdes, et sa forme même permet de lui appliquer le titre de tumenr adénoïde plus récemment proposé. Et je compléterai tout à fait ma pensée en disant que cette tumeur m'a présenté une grande analogie de structure avec celles désignées sous le nom de lymphadénomes. Néanmoins, en tenant compte du lieu d'apparition et d'après ce que nous ont appris les auteurs qui se sont spécialement occupés de la question, nous voudrons bien accepter le pronostic comme bénin, en nous réservant cependant de dire que nous ne serions pas surpris outre mesure si nous apprenions que la tumeur a récidivé.

Les détails de l'observation que nous venons de rapporter nous ont suggéré quelques réflexions que nous allons maintenant exposer.

Et d'abord, nous rappellerons qu'il faut arriver jusqu'à Boyer (1819) pour voir certaines tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais être distraites du cadre des tumeurs syphilitiques ou cancéreuses dans lequel on les faisait toutes entrer. Mais leur nature restait néanmoins inconnue. Nélaton, en 1847, extirpait à une religieuse d'Orbec, âgée de 26 ans, et qui lui avait été adressée par Récamier, une tumeur que d'abord on avait cru maligne.

L'examen histologique en fut pratiqué par Ch. Robin et il démontra la nature glandulaire du néoplasme. Dès lors, on se mit à considérer comme des hypertrophies glandulaires ou des adénomes vrais toutes les tumeurs bénignes. Cette croyance persista sans contestation jusqu'en 1874. A cette époque, Desprès présenta à la Société de chirurgie de Paris une tumeur du voile du palais qu'il désigna sous le nom d'adénome kystique. Mais elle fut reconnue par Coyne pour un sarcome glandulaire ayant débuté par un fibrome pour subir plus tard la transformation sarcomateuse. Ce qui devait fatalement arriver se

produisit, la réaction fut vive et l'existence des adénomes vrais fut, à partir de ce moment, à peu près complètement mise en doute.

En vain Python (th. Paris, 1875), grand partisan de la nature adénoïde des tumeurs du palais, essaie-t-il d'enrayer le mouvement et de montrer que le fait de Coyne doit plutôt être considéré comme une exception. Barrière, quelque temps après, prenant une à une ses observations, les soumet une à rigoureuse critique et, loin de se laisser convaincre par l'assurance de l'auteur, conteste l'authenticité des faits qu'il avance, sans preuves suffisantes du reste. Pour Barrière, les prétendus adénomes pourraient bien n'être que des adéno-sarcomes, sinon des tumeurs malignes d'un autre genre. En effet, sur quinze observations qu'il rapporte dans sa thèse, c'est à peine s'il en est trois ou quatre où la nature glandulaire du néoplasme soit manifestement démontrée. Le dernier travail d'ensemble paru sur ce sujet est dû à Mormiche, qui a pu réunir neuf observations d'adénomes de la région palatine. Les observations parues depuis sont fort rares car il ne nous a été possible de relever dans les divers recueils que nous avons pu consulter, que trois cas d'adénome palatin dont deux dus à Hutchinson, et un autre signalé par Tillaux.

Les causes de l'adénome palatin sont totalement inconnues, d'après les auteurs, et notre observation ne saurait apporter aucune lumière sur le sujet. Nous dirons pourtant qu'il apparaît d'ordinaire avant quarante ans, tandis qu'il est rare et même exceptionnel de voir le cancer débuter avant cet âge.

D'après les relevés statistiques il semblerait qu'on rencontrât l'adénome plus fréquemment dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Un fait qui nous a frappé c'est le lieu d'apparition de la tumeur qui se montre d'ordinaire à l'union du palais osseux et du palais membraneux, en un point sur lequel nous avons suffisamment insisté dans le cours de notre observation pour n'avoir

pas à y revenir maintenant. La raison, comme on devait s'y attendre, en serait purement anatomique et cela proviendrait de ce « qu'immédiatement au-dessous de la muqueuse est placée une couche glandulaire très épaisse surtout sur les côtés de la ligne médiane et au niveau de l'insertion du voile. » (Gayraud, *Dict. encycl. des Sc. méd.*, art. Voile du palais, t. XIX, p. 686.)

C'est à tort qu'on a dit que jamais ces tumeurs ne se rencontraient sur la face supérieure du voile; pour si exceptionnel qu'il puisse être, le cas de Tillaux vient en effet infirmer cette opinion trop absolue. Et cela s'explique du reste étant donné qu'on rencontre sur la face supérieure des glandules salivaires d'une nature identique à celle de la face inférieure du voile.

Nous ne dirons qu'un mot de la symptomatologie; les tumeurs à début lent et insinieux n'occasionnent que peu ou point de troubles, un simple nasonnement et un peu de gêne de la respiration pendant le sommeil chez notre malade. — L'évolution est si longue qu'elle passe inaperçue et que les personnes porteurs de ces tumeurs croient comme Mme A... que *tout le monde a le palais ainsi constitué.* Il faut en arriver aux troubles fonctionnels pour qu'une intervention opératoire soit réclamée.

Nous n'entrerons pas dans les détails du diagnostic, car s'il est quelquefois facile de différencier les unes des autres les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer exactement la nature de ces dernières. Nous dirons que cliniquement la chose est impossible et que seul l'examen histologique peut fixer complètement. « Heureusement le diagnostic purement anatomique n'est pas indispensable au praticien, auquel il suffit d'établir un diagnostic clinique, basé surtout sur la connaissance du plus ou moins de bénignité de la tumeur. » (Gayraud, *loc. cit.*, p. 737.)

Le pronostic est toujours bénin, et ces tumeurs n'ont aucune tendance à s'ulcérer, nous disent les auteurs. Il

n'en serait pas toujours de même d'après Hutchinson qui a rapporté à la *Patholog. Society of London* deux cas d'adénome du palais avec ulcération à leur centre et dénudation osseuse dans le premier cas et détritus caséeux très fétides dans le second. A la même séance, M. Barker rappelle encore un cas d'adénome du palais enlevé par C. Heath où il existait aussi une ulcération avec détritus caséeux fétides. On devra donc se rappeler qu'il est possible de rencontrer des adénomes du palais ulcérés.

Le traitement de ces tumeurs, on peut le dire hardiment, devra toujours être chirurgical, car seul il est de mise. Grynfeltt put bien, à la verité, dans un cas, voir sous l'influence d'applications locales de teinture d'iode et l'usage d'un sirop concentré d'iodure de potassium à l'intérieur, disparaître en quelques mois une tumeur prise au début pour une epulis épithéliomateuse. Mais force lui fut de recourir plus tard aux moyens chirurgicaux, la tumeur momentanément enrayée dans sa marche ayant pris un développement considérable.

L'énucléation sera presque toujours très facile, aussi facile que dans notre cas particulier. Que si l'on avait à pratiquer l'opération chez une personne très pusillanime, ou chez un enfant, on pourrait user du procédé inventé par Rose et chloroformiser la tête pendante. Les avis sont partagés relativement à la suture de la plaie; en se dispensant de la faire, on éviterait à coup sûr l'épanchement de sang sous la muqueuse, et la guérison, en ayant soin de tenir la plaie constamment propre, n'en serait probablement guère retardée.

Index bibliographique.

Nélaton : Leçons sur une variété non décrite de tumeur du voile du palais (*Gaz. des Hôpit.*, p. 33, 1852). — **Michon** : Tumeur adénoïde siégeant au voile du palais et à la voûte palatine (*Bull. de la Soc. de Chir.*, t. II, p. 434, 1852). — **Bauchet** : Adénome palatin (*Monit. des hôpit.*, p. 1134, 1853). — **Laugier** : Adénome du palais (*Monit. des hôpit.*, 10 mai 1856). — **Robin et Rouyer** : Tumeur adénoïde du voile du palais. Ablation après la mort du malade. Examen microsc. (*Monit. des hôpit.*, 1856, p. 441). — **Rouyer** : Mémoire sur les tumeurs de la région palatine,

constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires (*Monit. des hôpit.*, 1857). — **Fano** : Tumeur de la voûte palatine (*Th. agrég. Ch.*, 1857.) — **Ansiaux** : Tumeur adénoïde limitée à la région palatine, guérie par l'excision combinée à la cautérisation (*Presse méd.*, 1863). — **Letenneur** : Adénome de la voûte palatine et du voile du palais (*Journ. de Méd. de l'Ouest*, 1870). — **Després** : Adénome kystique du voile du palais (*Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 371, 1874). — **Python** : Des adénomes du voile du palais et de la voûte palatine (*Th. de Paris*, 1875). — **Barrière** : Essai sur les tumeurs palatines confondues sous le nom d'adénomes (*Th. Montpellier*, 1878). — **Grynfeltt** : Adénome de la voûte du palais (*in th. de Barrière* commun. manuscrite, 1878). — **Mormiche** : De l'adénome palatin (*Th de Paris*, 1883). — **Tillaux** : Adénome de la face supérieure du voile du palais (*Gaz. Méd. de Paris*, 11-25 août 1883.) — **Hutchinson** : Deux cas d'adénome du palais (*Lancet*, 22 mai 1886, p. 973). M. N.

LA RÉGION SOUS-GLOTTIQUE DU LARYNX (1)

par le professeur **MASSE.**

Le larynx est un organe qui a été, certes, bien étudié par les anatomistes et les physiologistes, et je vais vous paraître bien osé en venant ici vous présenter quelques considérations, sur sa confromation qui paraît être aujourd'hui si connue.

Mes recherches ont porté sur une région spéciale du larynx relativement délaissée, *la région sous-glottique*, celle qui est comprise entre la corde vocale inférieure et le bord inférieur du cartilage cricoïde. Je signalerai les rapports de cette région avec la partie supérieure de la trachée et avec la glotte proprement dite et ses ventricules. Je dirai un mot en passant du vestibule de la glotte.

La méthode d'étude qui m'a paru la plus utile pour connaître la partie du tube aérien qui est destinée à l'émission de la voix, est celle des injections des cavités du larynx, à l'alliage d'Arcet. Connaître très exactement les variations de calibre des tuyaux sonores où se produisent et où se renforcent les sons, me paraît

(1) Communication faite au Congrès de Toulouse, section des sciences médicales, lundi 26 septembre 1887.

indispensable pour l'étude d'une question dans laquelle entrent, pour une bonne part, des problèmes de physique et de mécanique.

Ce qu'il y a de particulier dans l'instrument plus ou moins musical que nous possédons et dont nous nous servons plus ou moins bien, ce sont les variations de forme que nous pouvons lui imposer d'une façon instinctive. La forme des cavités résonnantes ou parlantes du larynx peut changer, et nous arrivons ainsi à moduler les sons, par un procédé analogue à celui qu'emploie un instrumentiste qui joue d'un instrument à vent et qui modifie par divers artifices les conditions physiques des tuyaux dans lesquels il cherche à produire des sons plus ou moins harmonieux. Toutes les régions du larynx peuvent subir ainsi des modifications de forme et de volume :

Le vestibule de la glotte par l'abaissement de l'épiglotte, les mouvements de bascule des cartilages arythénoïdes et la contraction des muscles arythénoïdiens.

La glotte, par le rapprochement ou l'éloignement des cordes vocales.

Les ventricules se laissent plus ou moins distendre par l'air. Enfin, la région sous-glottique elle-même n'échappe pas à des modifications de forme et de volume.

Limitée supérieurement par la glotte, cette région subit les conséquences de toutes les variations de forme de cet orifice.

A la limite inférieure de la région sous-glottique, il y a cependant un segment de la cavité sous-glottique du larynx dont le calibre est relativement fixe; cette région est comprise en partie dans l'anneau cricoïdien. Elle a une hauteur de 6 millimètres environ; elle est limitée par un plan passant par le bord inférieur du cartilage cricoïde et par un deuxième plan passant par le bord supérieur et antérieur de ce même cartilage.

La partie postérieure de la région sous-glottique a une limite fixe formée par la partie postérieure du cartilage

cricoïde, mais, en avant, des changements de forme assez étendus sont possibles alternativement par distension au niveau de la membrane crico-thyroïdienne ou par bascule et rapprochement des cartilages cricoïde et thyroïde à ce même niveau.

La cavité sous-glottique du larynx a des changements de capacité et de forme dont il nous faut, je crois, tenir grand compte. La muqueuse de cette région est forcément dépendante de tous les mouvements qui s'exécutent au niveau de la glotte, et si les lèvres de la glotte interligamenteuse se rapprochent, si la glotte inter-arythénoïdienne s'efface, la muqueuse sous-glottique doit suivre en partie ces mouvements.

La cavité sous-glottique tendra à s'effacer de bas en haut, et de dehors en dedans. Elle s'aplatira transversalement, s'effilant de bas en haut pour former une espèce de figure dont la partie inférieure cylindrique irait en se retrécissant transversalement pour arriver à se toucher par deux faces, en interceptant un orifice linéaire à direction antéro-postérieure.

Rien ne peut donner une meilleure idée de ce qui se passe là, que ce qui se produit dans un tube de caoutchouc que l'on presse entre deux doigts à une de ses extrémités pour en intercepter plus ou moins le calibre.

Cette cavité presque cylindrique, à certains moments, tend à devenir conique, le cône dont il s'agit ayant la base en bas et le sommet en haut. Les 3/4 supérieurs de la région sous-glottique affectent la forme d'un segment de cône dont la base serait au niveau du bord supérieur et antérieur du cartilage cricoïde et le sommet tronqué au bord des cordes vocales inférieures. Ce cône serait plus ou moins aplati transversalement vers son sommet suivant que les cordes vocales seraient plus ou moins rapprochées.

La muqueuse, qui a tapissé la face supérieure et les bords des cordes vocales inférieures, se dirige, très obliquement de haut en bas, vers les parois du larynx,

quand les cordes vocales sont rapprochées, sans présenter inférieurement aucun relief appréciable. Quand les cordes vocales sont largement écartées, la muqueuse de la région sous-glottique, après avoir recouvert le bord de ces cordes, rejoint les parois cartilagineuses du larynx circonscrivant une cavité presque cylindrique. Dans ce cas comme dans le précédent les cordes vocales inférieures ne forment inférieurement aucun relief appréciable du côté de la région sous-glottique.

Grâce à l'existence d'un tissu cellulaire assez lâche, la muqueuse de la région sous-glottique du larynx suit les mouvements de rapprochement, d'éloignement ou de tension des cordes vocales.

La cavité sous-glottique du larynx présente un volume variable qui est à noter si l'on considère cette région comme partie résonnante des voies aériennes. Les changements de capacité de cette cavité, ont encore une certaine importance pour régler le mode d'écoulement de l'air à travers les lèvres plus ou moins écartées de la glotte.

La plupart des physiologistes se sont surtout occupés des vibrations des cordes vocales inférieures. On a considéré ces cordes vocales comme des anches membraneuses plus ou moins minces au niveau de leurs bords, et susceptibles de vibrer comme le feraient deux membranes de caoutchouc tendues horizontalement sur un cylindre en bois ou en verre et plus ou moins rapprochées.

Mais les cordes vocales humaines représentent-elles bien ce mode d'agencement? Le tube porte-vent situé au-dessous des cordes vocales n'est pas cylindrique; les cordes vocales inférieures ne représentent pas une membrane mince. Ces cordes vocales et la muqueuse qui les recouvre ne s'accolent pas seulement par des bords, mais elles tendent à se rapprocher par des faces.

La muqueuse sous-glottique ne vibrerait-elle pas tout entière ainsi que l'affirmait Bataille? Ce laryngologiste attribuait le registre de poitrine à des vibrations d'en-

semble de la muqueuse sous-glottique; il y a là une question fort intéressante, au point de vue physiologique, et que je livre aux méditations des physiologistes et des spécialistes.

L'écoulement de l'air, vigoureusement poussé par la double soufflerie pulmonaire à travers le tube trachéal et le larynx, parcourt des parties successivement dilatées et rétrécies qui sont des cavités résonnantes qui peuvent donner certaines qualités aux sons laryngiens.

On peut se demander même si le porte-vent sous-glottique ne concourrait pas à l'émission et aux modulations des sons fondamentaux qui constituent la voix humaine.

La forme de la cavité sous-glottique du larynx au moment de l'émission de la voix n'est certainement pas sans influence sur les vibrations de l'air qui traverse cette partie du larynx pour arriver dans des cavités plus larges, dans les ventricules et dans le vestibule de la glotte.

La question, autrefois si discutée de la théorie des anches membraneuses, est-elle absolument un axiome indiscutable? Ne peut-on pas demander encore une révision des anciennes opinions émises par Dodart, Savard, Biot, Liscovius, Longet, Helmoltz et Mandl?

Les dimensions de l'orifice de la fente glottique ne sont-elles pas aussi importantes à noter que la longueur ou la tension des cordes vocales?

Faut-il appliquer à la voix humaine la théorie de tuyaux sonores, ou celle des instruments à anches membraneuses?

Y a-t-il place pour une opinion mixte? Ce sont là des problèmes posés, qui sont de nature à stimuler le zèle des physiologistes. Pour ma part, je suis porté à croire que la tension des cordes vocales se joint à l'intensité plus ou moins grande du courant d'air expiré dans la production du son fondamental du larynx et dans ses diverses modulations.

L'air est ici le corps sonore, c'est incontestable, mais

les vibrations de l'air sont-elles réglées par les vibrations des cordes vocales ou bien par les dimensions plus ou moins larges de l'orifice inter-glottique? Ce sont là des questions nouvelles à résoudre.

La trachée est aussi soumise à des changements de formes; elle peut être distendue par l'air, et c'est alors un tube alternativement renflé et rétréci, c'est ce que l'on voit sur des injections à l'alliage d'Arcet.

L'élévation du larynx tout entier en étirant le tube trachéal, modifie son calibre en mettant en jeu l'élasticité de cet organe. On a prétendu que la trachée s'accordait ainsi pour les sons qu'elle devait renforcer. La trachée est un organe presque cylindrique dans son ensemble, mais à la partie supérieure, au point de jonction de la trachée et du larynx, dans une hauteur d'environ deux centimètres, le tube aérien affecte la forme d'un cône dont la base correspond au troisième cerceau de la trachée et le sommet tronqué au bord inférieur du cartilage cricoïde, à la partie inférieure de la région sous-glottique.

L'air qui s'échappe en vibrant à travers les cordes vocales inférieures passe dans une cavité plus large par ses prolongements latéraux, celle de la glotte proprement dite et des ventricules; il doit, pour pénétrer dans le vestibule de la glotte, ébranler les cordes vocales supérieures qui lui opposent un certain obstacle. Le vestibule de la glotte est relativement plus large, mais pour passer dans le pharynx, il y a encore un orifice à dimensions variables compris entre les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse inter-aryténoïdienne et l'épiglotte elle-même. L'air se dilate alors plus à l'aise dans le pharynx, d'où il passe par deux orifices à dimensions variables, limités par les piliers antérieurs et postérieurs du voile palais, d'une part dans l'arrière cavité des fosses nasales, les fosses nasales et les sinus; d'autre part, dans la cavité buccale. Il arrive enfin au dehors par des orifices encore à dimensions variables, l'ouverture des narines et la bouche.

Je n'ai pas à insister ici sur les variations de capacité des cavités pharyngiennes et buccales.

Les cavités du pharynx s'effacent plus ou moins par la contraction de leurs parois, elles s'agrandissent par l'élévation du larynx; la cavité buccale change de forme par les divers mouvements de la langue et les contraction des joues.

Toutes ces cavités ont leur capacité modifiée à certains moments de la phonation, de la respiration et de la déglutition, et elles sont séparées les unes des autres par des orifices qui peuvent modifier leur calibre et changer ainsi le mode d'écoulement de l'air qui les traverse. Nous n'avons, en aucune façon, l'intention de nous occuper de tous les problèmes complexes de physiologie qui sont afférents aux variations de capacité des cavités résonnantes des voies aériennes, dans lesquelles on trouve une application de l'ingénieuse théorie d'Helmoltz.

L'air vibrant et passant dans ces cavités alternativement retrécies et dilatées, on comprend l'importance d'une étude plus exacte des orifices qui règlent son mode d'écoulement.

J'ai hâte de revenir au sujet qui fait l'objet spécial de ma communication : *La cavité sous-glottique du larynx.*

Cette cavité, avons-nous dit, a un volume variable dans ses 3/4 supérieurs par le rapprochement des cordes vocales inférieures et de la muqueuse sous-glottique; elle change aussi de capacité par les mouvements de bascule du cartilage cricoïde et du cartilage thyroïde. Quand le cartilage cricoïde s'éloigne en avant du cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne forme en avant une paroi assez étendue de la région sous-glottique du larynx. Cette paroi se laisse distendre par l'air comme on la voit se distendre dans des conditions analogues par l'injection à l'alliage d'Arcet. Par le rapprochement au contraire des cartilages cricoïde et thyroïde en avant, la membrane crico-thyroïdienne cesse de pouvoir se distendre dans cette direction, pour se prêter à une

augmentation de calibre de cette région de la cavité sous-glottique du larynx.

La muqueuse sous-glottique est doublée d'un tissu cellulaire lâche, qui se prête aux diverses variations de capacité de cette région des voies aériennes, et c'est ce qui nous permet de comprendre qu'elle puisse si facilement changer de forme.

Les injections à l'alliage d'Arcet dont j'ai l'honneur de vous montrer des spécimens, indiquent avec assez d'exactitude la forme de la région qui nous occupe ; on peut les faire, la glotte entièrement ouverte ou fermée, le cartilage cricoïde rapproché ou complètement éloigné, en avant du thyroïde, et il est facile sur deux larynx appartenant à des sujets de même âge, de se faire une idée exacte des variations de forme et de capacité de cette cavité dans les diverses positions des cordes vocales.

Si l'on remplit de mercure un segment de trachée et la cavité sous-glottique du larynx jusqu'au niveau des cordes vocales inférieures, on peut juger des variations de capacité de la région sous-glottique par les variations de niveau du mercure qui se produisent en rapprochant ou en éloignant les cordes vocales inférieures. On peut rendre ce phénomène plus évident en maintenant sur le mercure un petit flotteur gradué.

La cavité sous-glottique est conique par le rapprochement des cordes vocales, mais elle tend à prendre une forme presque cylindrique dans la dilatation complète de la glotte. C'est ce que démontrent nettement mes injections à l'alliage d'Arcet.

On se ferait une idée assez exacte de la cavité sous-glottique en la considérant comme formée dans son 1/4 inférieur par un segment de cylindre surmonté dans ses 3/4 supérieurs d'un segment de cône qui peut se transformer, dans certaines circonstances, en une cavité presque cylindrique de même base et de même hauteur. La partie supérieure de la région sous-glottique, celle qui est surtout à capacité variable, a pour base une circonférence

de 18 à 20 millimètres de diamètre et une hauteur de 22 à 24 millimètres.

Pour nous faire une idée exacte de cette région, nous aurions à calculer tantôt la capacité d'un cylindre de 18 à 20 millimètres de diamètre à sa base et d'une hauteur de 22 à 24 millimètres, tantôt la capacité d'un segment de cône de même base et de même hauteur. Dans la région à capacité invariable située à la partie inférieure de la région sous-glottique, il y a un segment de cylindre de 20 à 22 millimètres de base et de 6 millimètres environ de hauteur.

Au point de vue chirurgical et pathologique, la région sous-glottique du larynx est des plus importantes.

L'épaississement, le gonflement par de l'inflammation et de l'œdème de la muqueuse de cette région, l'oblitération de son calibre par des produits pseudo-membraneux ou par des tumeurs, peut avoir des conséquences des plus graves sur la phonation et la respiration.

Le chirurgien a grand intérêt à être très exactement fixé sur les dimensions et la forme de cette région, au niveau de laquelle il doit quelquefois opérer. Le volume des canules doit être calculé aussi exactement que possible sur les dimensions des voies aériennes en ce point; le calibre de la région sous-glottique du larynx se distingue très nettement du calibre de la trachée proprement dite. Les moulages du larynx nous fournissent ici des renseignements des plus utiles.

L'examen attentif des moulages du larynx éclairera le chirurgien qui serait désireux de mettre en pratique une opération française, abandonnée avec dédain et qui nous revient aujourd'hui d'Amérique, *le tubage de la glotte.*

Le moule du larynx nous sera d'un grand secours pour nous montrer la direction à prendre pour pénétrer facilement dans la cavité de cet organe. Le tubage du larynx, vous le savez tous, Messieurs, est une opération que nous devons à notre compatriote *Bouchut.*

Ce qui est arrivé pour cette opération me rappelle ce

qui est arrivé à d'autres méthodes opératoires bien françaises aussi, à leur origine, mais dédaignées à leur début et qui nous sont revenues de l'étranger, avec le prestige d'un certain cachet exotique : le raccourcissement des ligaments ronds, par exemple, *l'opération d'Alquier*, qui est devenue l'opération *d'Alexander-Adam.*

Deux Américains se disputent entre eux la primeur d'une opération dont nous devons faire remonter tout le mérite à un Français, un de mes anciens maîtres de la Faculté de Montpellier, le professeur Alquier.

L'opération de *Létievant* est devenue l'opération d'*Estlander* et ainsi de suite. Sans être trop chauvin, il est bon de ne pas laisser empiéter sur nos droits par l'étranger, qui n'est que trop porté, du reste, à se laisser aller dans cette voie, où ne l'arrête pas sa délicatesse.

Nous sommes trop portés, pour faire preuve d'érudition, à citer les auteurs étrangers et à oublier par *modestie* et quelquefois par *jalousie*, il ne faut pas craindre de le dire, nos compatriotes, nos collègues eux-mêmes.

La petite étude que je viens d'ébaucher est loin d'être complète, mais mon but sera atteint, si j'ai appelé votre attention sur une région un peu délaissée du larynx, peut-être, parce qu'elle n'est pas entièrement visible au laryngoscope; si je vous ai montré les ressources que l'on peut tirer des injections à l'alliage d'Arcet, pour apprécier les différentes formes de cette région, dans les différentes positions des cordes vocales inférieures; enfin, si je vous ai montré au point de vue anatomique, physiologique, pathologique et chirurgical, l'utilité de mes recherches.

Nul doute qu'il n'y ait encore à faire soit pour d'autres, soit pour moi-même, en approfondissant ce sujet. J'ai cru, cependant, bien que mes études sur cette région du larynx soient encore bien incomplètes, qu'il pouvait être intéressant de soumettre mes recherches à votre discussion et à vos avis éclairés.

SURDITÉ D'ORIGINE QUINIQUE. OBSERVATION

Par le Dr PERRON.

Mora, brigadier de gendarmerie à Bordeaux.

Sujet lymphatique, nervosique, 37 ans, pas d'antécédents de famille.

Arrivé en Algérie en 1863. Immédiatement fièvres paludéennes qui sont combattues par de fortes doses de quinine. Il en résulte des périodes de surdité passagères avec bourdonnements. Cet état de paludisme et l'ingestion de la quinine se répètent fréquemment avec les symptomes auriques concomitants jusqu'en 1870. A cette époque Mora rentre en France, ses fièvres cessent et depuis il ne prend plus de quinine. Il conserve à l'état permanent des bourdonnements et souffre de temps en temps d'accès de vertige nauséeux.

Plus tard surviennent des accidents aigus dans la fonction auditive, sous la forme de congestions durant plusieurs jours et produisant une surdité très notable. Les rémissions d'abord assez longues deviennent successivement de plus en plus courtes. En septembre 1887, au moment où le malade est examiné, il est atteint d'une congestion de ce genre. L'audition d'une montre ordinaire est réduite à 3 cent. à droite, 10 à gauche. L'examen des tympans permet de constater une hyperhémie scléreuse déjà ancienne surtout à droite. L'épreuve par le diapason dénote une diminution de sensibilité en rapport avec celle existant pour l'appareil de transmission. Donc le labyrinthe est le plus atteint du côté où l'otite moyenne est aussi plus prononcée. Il n'y a probablement jamais eu ni catarrhe des trompes ni engouement de la caisse. C'est une otite sèche à forme congestive tendant à devenir scléreuse.

Les trompes sont parfaitement libres, la douche d'air n'a donné qu'une amélioration insignifiante et non durable à gauche ; le résultat a été nul à droite.

Vraisemblablement l'origine de cette dysécée est due à

l'usage du sulfate de quinine chez un sujet prédisposé à l'anémie et épuisé par le paludisme.

Le traitement local ne paraît pas devoir donner de résultat favorable dans ce cas. La seule amélioration possible pourrait être obtenue par des dérivations sur l'intestin.

COMPTE RENDU
DU
CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
De Washington (1).

SECTION DE LARYNGOLOGIE (*suite et fin*).

Mercredi 7 septembre. — Troisième journée. — Séance du matin.

En l'absence du Dr H. H. CURTIS, de New-York, on lit pour lui un article intitulé : **Chirurgie de la cloison et des cornets des fosses nasales.**

Il classe les différentes variétés de déviation de la cloison, de manière à rendre aussi facile que possible la description des différentes opérations pour y remédier.

Le Dr MASSEI, de Naples, a envoyé une communication sur l'**Érysipèle primitif du larynx.**

Ce travail est identique à celui qui a été déjà analysé dans la *Revue* (février 1886, p. 92).

Le Dr STOCKTON, de Chicago, a vu un cas d'érysipèle du larynx. Le malade respirait très difficilement et était aphone. L'épiglotte était épaisse et rouge; il en était de même des aryténoïdes et des replis. Les bandes ventriculaires recouvraient les vraies cordes et oblitéraient presque complètement l'orifice glottique. Le tubage du larynx fit cesser la dyspnée, mais la rougeur érysipélateuse s'étendit au pharynx et à l'espace rétro-nasal et de là aux fosses nasales, à la face et au crâne. Le malade guérit.

(1) D'après le *Medical Record*, New-York.

Le Dr Benham, de Pittsburg, estime que l'érysipèle du larynx est plus fréquent qu'on ne le croit. Il n'en a jamais vu de primitif. Les scarifications soulagent le malade.

Le président (Dr Daly) pense que les sinapismes peuvent être utiles au début. Il croit que le tubage peut favoriser la gangrène.

Le Dr Semeleder, de Mexico, a envoyé un article dont il est donné lecture et intitulé : **Vingt ans de pratique laryngologique à Mexico.**

Il traite de la difficulté de se procurer à Mexico les livres et les instruments au début de sa carrière, alors que la laryngologie était inconnue. Il donne une liste des maladies dominantes et des opérations qu'il a eu l'occasion de faire.

État actuel de la galvano-caustie dans le traitement des affections des voies aériennes supérieures avec présentation d'instrument et description de différents cas.

Tel est le titre de la communication du Dr Eaton, de Portland. C'est une apologie du galvano-cautère. Il ne détermine pas de douleurs si l'on a soin de faire des applications de cocaïne. On n'a jamais d'hémorrhagies; on peut enlever de petites exostoses et des masses cartilagineuses, à moins qu'elles ne soient trop volumineuses.

Les hypertrophies doivent se traiter par la ponction et l'incision au cautère, qu'il fait pénétrer en tous sens dans l'intérieur du tissu, ne pratiquant toutefois qu'une ouverture externe.

Il se sert aussi de rigoléine, d'après la méthode de Jarvis.

Le Dr Thomas, qui partage l'opinion du Dr Eaton au sujet du galvano-cautère, préfère l'anse froide pour les hypertrophies.

Jeudi 8 septembre. — Quatrième journée.

Le Dr Casselberry, de Chicago, lit un travail sur **les polypes fibreux des fosses nasales.**

Il comprend sous cette dénomination toutes les tumeurs des

fosses nasales purement fibreuses ou dans lesquelles le tissu fibreux prédomine; il en exclut les polypes fibro-muqueux et les fibro-sarcômes. Les polypes fibreux, primitivement développés dans les fosses nasales sont rares; sur 265 cas de tumeurs nasales rapportés par Hopman et Schmiegelow, il n'en est pas mentionné, et Mackenzie n'en a observé qu'un seul exemple dans sa pratique.

Les fibromes peuvent naître de tous les points des fosses nasales, cornets, cloison, plancher, mais leur siège de prédilection est la voûte du nez, en particulier à la partie postérieure. Une irritation locale, un traumatisme ou la rhinite chronique hypertrophique peuvent aider à leur développement. Le sexe et l'âge sont sans influence. La durée est d'environ deux ans. Les premiers symptômes de nature catarrhale sont suivis d'obstruction et de distension des cavités nasales. La tumeur en se développant peut amener cette déformation particulière qui donne à la face l'aspect d'une face de grenouille. Le microscope et le seul moyen de diagnostic certain.

Les polypes fibreux des fosses nasales ont une tendance à dégénérer en sarcôme et à récidiver après l'ablation. L'extirpation complète et la destruction du point d'insertion par des cautérisations répétées de l'os, permettent seules de porter un diagnostic favorable. L'auteur donne l'histoire détaillée du cas observé par lui, et un tableau des cas publiés jusqu'à ce jour avec le nom de l'opérateur, la date, l'âge, etc., le traitement et les résultats obtenus.

Son malade à lui a été opéré au couteau et au serre-nœud galvanique. Il s'est servi de fil à piano qui lui paraît préférable au fil de platine. Il a fait usage avec succès, pour prévenir la douleur, d'une solution de cocaïne à 20 0/0.

Le Dr John O. Roé, de Rochester, lit une note sur **la Chorée du larynx.**

Elle s'accompagne ordinairement de chorée générale. L'auteur en rapporte une observation :

Mlle S..., âgée de dix-sept ans, délicate et nerveuse, vit se

développer chez elle, à la suite d'une angine, une toux spasmodique particulière et incoercible.

La toux était rauque, et se produisait par accès espacés de une à trois minutes et pendant lesquels elle toussait rapidement dix à quinze fois. La toux était aboyante et était un sujet d'amusement pour les voisins qui l'avaient surnommée la fille qui aboie, « *barking girl* ». La toux cessait pendant le sommeil. L'électricité ne produisit aucun résultat. Les injections hypodermiques de morphine et d'atropine soulagèrent momentanément la malade. La toux cessa subitement après sept mois.

Un autre cas est celui d'une forte fillette de treize ans. La toux se produisit dans les mêmes conditions que dans le cas précédent, mais dans les intervalles des accès qui duraient une ou deux minutes il n'existait pas d'état nerveux chez la malade.

L'auteur rapporte encore l'histoire d'une jeune femme de seize ans, de santé délicate, chez laquelle la toux aboyante se continuait pendant les repas et pendant le sommeil sans cependant l'éveiller. Les pulvérisations de cocaïne aggravèrent son état. Le larynx était légèrement congestionné. Avant les accès il existait des secousses particulières des cordes vocales qui se rapprochaient subitement pour s'écarter ensuite. Un traitement général doit accompagner les applications locales. On donnera de l'arsenic, du valérianate de zinc, le fer, le valérianate d'atropine, l'acide hydrocyanique, la morphine, etc.

Le Dr Thorne, de Cincinnati, mentionne plusieurs cas de chorée laryngienne survenue pendant la grossesse, vers le second ou troisième mois, et qui cessèrent après la délivrance. Dans un cas il se produisit un spasme de la glotte si alarmant qu'il fut sur le point de pratiquer la trachéotomie.

Le Dr Lennox-Browne, de Londres, a vu un cas de chorée du larynx pendant la grossesse et qui disparut après l'accouchement.

Dans un travail sur **les Effets pernicieux du tabac**

sur le nez et la gorge, le Dr Coomer, de Louisville, considère que fumer est plus mauvais encore que chiquer. La cigarette est, selon lui, particulièrement nuisible parce que ceux qui la fument ont l'habitude d'avaler la fumée qui détermine des pharyngites, des laryngites et une irritation chronique des fosses nasales, sans parler des désordres qui peuvent survenir dans la trachée et les poumons.

Le Dr Max J. Stern, de Philadelphie, lit un article intitulé : **Tubage ou trachéotomie** et fait l'historique de la trachéotomie. Quelques-unes des plus récentes statistiques montrent que l'on obtient jusqu'à 30 0/0 de guérisons.

Aux États-Unis les résultats ne sont pas aussi encourageants; cela tient probablement à la difficulté que l'on a à décider les parents à consentir à une opération dès le début.

L'auteur fait aussi l'histoire du tubage du larynx fait avec les tubes perfectionnés de O'Dwyer. Il cite des statistiques qui montrent que les guérisons obtenues sont 26 2/5 0/0 pour le tubage, et pour la trachéotomie également 26 2/5 0/0.

Des statistiques qui suivent il paraît résulter qu'au-dessous de cinq ans le tubage est préférable.

AGE	TUBAGE pour cent.	TRACHÉOTOMIE pour cent.
—	—	—
Moins de 2 ans	15	3
Entre 2 et 2 1/2	24	12
— 2 1/2 et 3 1/2	28 7/10	17
— 3 1/2 et 4 1/2	33 7/10	30
— 4 1/2 et 5 1/2	28 3/10	35
Au-dessus de 5 1/2	37 3/10	39 1/2

Quelques-uns des avantages du tubage c'est que les parents l'acceptent plus facilement ; pour le pratiquer on n'a pas besoin d'aides.

La trachéotomie est très difficile chez les enfants très jeunes. Si l'enfant a moins de trois ans et demi, on doit faire le tubage, de trois ans et demi à cinq ans, on peut indifféremment pratiquer l'un ou l'autre; au-dessus de cinq ans on doit faire la trachéotomie. En terminant, l'auteur est heureux de

payer un tribut d'éloges à la persévérance et à l'énergie du Dr O'Dwyer.

Jeudi 9 septembre. — Cinquième jour. — Séance du matin.

En l'absence de leurs auteurs, on lit simplement le titre de plusieurs communications. Le seul travail soumis à la discussion est du Dr CARMALT JONES de Londres, sur **l'Action de l'épiglotte dans la déglutition.**

On admettait autrefois et la plupart admettent encore aujourd'hui que l'épiglotte joue un rôle d'un opercule attaché à la base de la langue et qui par un simple mouvement de haut en bas recouvre le larynx et dirige les aliments vers l'œsophage. L'auteur ne croit pas que son rôle soit aussi simple que cela.

Il paraît résulter de ses expériences que sous l'influence d'une irritation l'épiglotte se replie sur les côtés, de manière à saisir la partie supérieure du larynx. Quand cette contraction se produit, on doit attendre qu'elle ait cessé pour introduire un pinceau dans le larynx, sinon il est repoussé vers l'œsophage. Il pense que le mouvement en arrière de la langue dans la déglutition est en grande partie théorique. On peut très bien avaler avec la langue serrée entre les dents ou solidement tenue entre les doigts. Ce sont surtout les muscles pharyngiens qui agissent pendant la déglutition. Le larynx se porte vers la base de la langue et les muscles constricteurs servent à son occlusion. L'épiglotte se moule sur la partie supérieure du larynx au lieu d'agir comme un simple opercule.

Le Dr O'DWYER, de New-York, en essayant de soulever l'épiglotte pour l'introduction du tube l'a trouvée souvent si solidement repliée sur le larynx qu'il lui fallait déployer une certaine force pour passer le doigt au-dessous de son bord postérieur.

Le Dr WILLIAM PORTER croit que l'épiglotte est un organe accessoire dans la déglutition.

Le Dr SLOVER ALLEN, de New-York, présente à la section

un nouveau serre-nœud et écraseur. Il montre les avantages de son instrument.

Séance du soir.

Le Dr C.-M. Desvernine-Havan, de Cuba, lit une très intéressante communication sur **la Tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et ses lésions.**

Ce travail est le résultat d'une longue série d'expériences et de dissections, montrant l'action séparée de chaque muscle et celle de chaque groupe musculaire. Les expériences ont été faites à la fois sur le cadavre et sur le vivant.

Traitement de sténose chronique du larynx et de la trachée.

Le Dr J. O'Dwyer, de New-York, donne un court exposé de ses plus récentes expériences et passe en revue les différents tubes dont il a fait usage en montrant les améliorations graduelles qu'il a apportées. Il montre des larynx d'enfant à différents âges. Deux spécimens montrent un larynx sain et un larynx diphtéritique et l'on peut voir par des sections faites en différents points que la diminution du calibre est produite non seulement par la fausse membrane, mais encore par un gonflement sous-muqueux considérable.

On lui a objecté que le calibre des tubes pour les enfants était trop petit ; il lui est facile de démontrer que relativement à la trachée ses tubes pour enfants sont plus volumineux que ceux des adultes. Il présente une collection complète de tubes et indique comment on doit les mettre en place et les enlever.

L'auteur rapporte une série de cas de sténose sous-glottique, dans lesquels il a obtenu des succès alors qu'on n'avait rien fait avec la trachéotomie. Dans un premier cas, il fut, au début, obligé de se servir du plus petit tube pour enfant. Il augmenta graduellement et, en dix-huit jours, il avait un espace suffisant pour permettre au malade de respirer librement.

Il a traité un cas dans lequel des ulcérations syphilitiques avaient produit de l'adhérence des cordes vocales et l'occlu-

sion complète de la glotte. La trachéotomie avait été faite. O'Dwyer força le passage avec des pinces et le doigt et se servit ensuite du tube. Finalement il fut obligé d'enlever une portion des cordes. Ce malade guérit.

Les Drs Browne, Porter, Stockton, prennent part à la discussion qui suit cette communication.

Nous rattachons, pour les lecteurs de la *Revue*, l'extrait suivant qui est le compte rendu des travaux concernant le larynx, lu à la section des maladies des enfants, du mardi 6 septembre.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS

Mardi 6 septembre.

Le Dr William P. Northrup, de New-York, lit un article intitulé : **L'Anatomie pathologique de la diphtérie laryngée dans ses rapports avec l'intubation.**

On ne trouve, chez les enfants morts de trois à sept jours après l'introduction du tube d'O'Dwyer, qu'une érosion superficielle de l'épithélium.

Lorsque la maladie est accompagnée de complications graves, l'extrémité inférieure du tube produit une ulcération assez profonde sur la paroi antérieure de la trachée. Dans les cent seize autopsies qu'il a pratiquées, il n'a jamais trouvé ni lait, ni substance étrangère dans les bronches.

Le tubage du larynx dans le rétrécissement et dans l'asphyxie du croup, par le Dr E. Bouchut, de Paris.

En 1858, l'auteur avait déjà fait le tubage du larynx chez plusieurs enfants. Il avait obtenu trois guérisons sur dix cas. Puis il donne l'observation détaillée d'un enfant de dix-huit mois, dans le larynx duquel il introduisit une canule en argent et qui guérit en fort peu de temps.

Le Dr J. O'Dwyer, de New-York, fait une communication sur **l'Intubation du larynx.**

Il commença ses expériences en 1880, au New-York Foundling Asylum.

La trachéotomie n'y avait pas donné un seul résultat heureux depuis quelque temps. Beaucoup de médecins hésitaient à pratiquer une opération dangereuse et difficile; le vulgaire ne peut comprendre que pour soulager un enfant il faille lui couper la gorge.

Le Dr O'Dwyer se servit d'abord d'un cathéter prostatique qu'il introduisait par le nez, mais il dut abandonner ce procédé, car le patient enlevait lui-même l'instrument. Il fit alors construire un tube court, qu'il a modifié plusieurs fois avant d'arriver à un appareil satisfaisant, dont il se sert aujourd'hui.

La partie du tube située au-dessus de l'orifice supérieur s'élargit graduellement ; la pression des cordes vocales sur ces parois inclinées et le poids du tube lui-même empêchent son expulsion lors d'un accès de toux. Le tube n'est pas construit assez large pour qu'il soit serré par le larynx, afin qu'il puisse être expulsé s'il se formait des masses de pseudo-membranes trop considérables pour passer par son ouverture. C'est là la raison pour laquelle le tube ne reste pas toujours en place, même lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes.

L'intubation est en apparence une opération simple; mais elle ne l'est, en vérité, pas. Le médecin habile la pratiquera facilement dans un cas ordinaire, mais il rencontrera beaucoup de difficulté dans un mauvais cas.

L'intubation ne deviendra jamais un agent de guérison satisfaisant, car elle ne saurait influer sur les complications qui rendent le croup menbraneux si fatal.

Dans la comparaison entre la trachéotomie et l'intubation, il ne s'agit pas de déterminer si l'une des opérations donnera plus de succès que l'autre ; la question est celle-ci : Laquelle sera pratiquée le plus souvent? A laquelle les parents se soumettront-ils le plus facilement?

Le Dr F. E. Waxham, de Chicago, lit un mémoire sur **l'Intubation du larynx, ses avantages et ses désavantages. Statistiques de l'opération.**

Elle n'est pas facile à pratiquer, le tube est difficile à reti-

rer ; il entrave souvent la déglutition. D'un autre côté, on peut la faire instantanément, sans douleur, sans hémorrhagie, sans choc ; le tube n'a pas besoin d'être nettoyé, le traitement consécutif est très simple.

L'intubation a été faite mille fois depuis deux ans : elle a sauvé, d'une mort certaine, deux cent soixante-neuf personnes.

Le Dr Charles G. Jennings, de Détroit, préfère la trachéotomie ; d'abord il y a obtenu de meilleurs résultats, puis il redoute les difficultés dans l'alimentation que suscite l'introduction du tube dans le larynx.

Les Drs T. J. Pitner et Northrup prennent part à la discussion.

SECTION D'OTOLOGIE

Président : le Dr S. J. Jones, de Chicago.
Secrétaire : le Dr S. O. Richey, de Washington.

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Le président fait l'historique des progrès de l'otologie dans les vingt-cinq dernières années, et indique ses rapports avec la médecine générale.

Le Dr S. S. Bishop, de Chicago, fait une communication intitulée : **Rapport sur 5,700 cas de maladies de l'oreille, classées d'après l'âge, le sexe, la profession et la nature de la maladie ; études des diverses causes.**

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le jeune âge est une cause prédisposante ; plus d'un quart des malades avaient moins de quinze ans ;

2° Le sexe n'a pas d'importance dans la production des maladies de l'oreille ;

3° Environ 80 0/0 des malades étaient atteints de maladies chroniques ; 90 0/0 présentaient des affections de la caisse.

4° Les causes du catarrhe naso-pharyngien sont les causes prochaines des affections de l'oreille.

5° Les tempéraments nerveux sont particulièrement prédisposés.

Le Dr B. Loewenberg, de Paris, lit une note sur **le Traitement et la bactériologie de l'otite furonculeuse.**

En 1880 et 1881 j'ai publié le résultat de mes recherches sur la nature des furoncles de l'oreille. La théorie et la pratique m'ont, à la fois, amené aux conclusions suivantes :

1° Les furoncles sont une affection des conduits des follicules cutanés ;

2° L'éclosion successive de furoncles chez le même individu est le résultat d'une auto-infection, par le transport du micrococcus sur la peau.

3° L'infection d'une personne par une autre est possible et se fait par la même voie que dans le cas précédent.

Ces points fondamentaux m'ont amené à adopter une méthode de traitement pour les furoncles de l'oreille et la furonculose en général. C'est cette méthode que je vais exposer maintenant pour ce qui concerne les furoncles de l'oreille externe, et les résultats qu'elle m'a donnés.

Le mode de traitement est le même que celui que j'ai proposé déjà pour l'otorrhée : à savoir une solution sur-saturée composée d'une partie d'acide borique très finement pulvérisé pour cinq parties d'alcool très fort, même d'alcool absolu. J'emploie cette solution en instillations répétées trois ou quatre fois par jour.

Aussi longtemps que le furoncle n'est pas ouvert, une solution alcoolique saturée d'acide borique est suffisante ; mais, quand le furoncle est ouvert et que le pus s'écoule, je préfère une solution sur-saturée qui laisse toujours se déposer une certaine quantité de poudre d'acide borique qui se dissout dans le pus et exerce ainsi, d'une façon continue, son action antiseptique.

L'alcool, en dehors de son action efficace contre les micro-organismes, est, en outre, destiné à faciliter la pénétration

du mélange dans les conduits des follicules qui sont le siège du mal. La couche graisseuse entoure ces tubes capillaires, et d'après les lois physico-chimiques s'oppose à l'entrée des liquides aqueux, tandis que l'alcool, à raison de son affinité pour les corps gras, les pénètre facilement.

L'incision des furoncles facilite parfois cette méthode de traitement; mais il est souvent très difficile de la pratiquer assez exactement pour diviser le conduit du follicule, et c'est là, d'après moi, ce que l'on doit chercher à obtenir.

La cocaïne même appliquée sur l'épiderme procure souvent un soulagement passager.

Résultats : La solution d'acide borique, fortement alcoolique, appliquée au début, arrête souvent le développement des furoncles; même dans les cas où elle ne réussit pas à les faire avorter, la persévérance dans l'emploi de la solution sur-saturée empêche les poussées successives des furoncles dues à l'auto-contagion. Ces résultats me paraissent très importants, parce que les furoncles de l'oreille sont très douloureux; en second lieu, d'après mon expérience, les furoncles, lorsqu'ils se succèdent, tendent à se former toujours de plus en plus près de la membrane du tympan et, par conséquent, deviennent de plus en plus douloureux.

Bien des femmes souffrent souvent pendant des années de furoncles de l'oreille à chaque période menstruelle. Ma théorie explique leur formation dans ce cas; mon traitement les fait avorter, ou au moins, en prévient le retour. Bien plus, on peut souvent en prévenir la formation, à l'aide de ce traitement employé comme prophylactique avant l'apparition des règles.

Dans ses recherches bactériologiques sur la furonculose de l'oreille, l'auteur a rencontré le plus souvent le staphylococcus albus, il n'a manqué que dans un cas; on trouve, en outre, le staphylococcus aureus, et parfois, le staphylococcus citreus. Les résultats diffèrent de ceux obtenus par le Dr Kirchner de Wurtzbourg qui a rencontré seulement le staphylococcus albus.

Le Dr L. Turnbull, de Philadelphie, lit ensuite un travail sur **la Cause et le traitement des furoncles de l'oreille.**

Ces deux communications sont ensuite largement discutées par les membres du Congrès.

Mardi 6 septembre. — Deuxième journée. — Séance de l'après-midi.

Le Dr T. E. Murrel, de Little Rock, lit un travail sur **les Particularités dans la structure et les maladies de l'oreille chez le nègre.**

Chez le nègre de race pure (Africain), les affections de l'oreille sont beaucoup plus rares que chez le blanc. Cette immunité tient à des particularités anatomiques de son oreille, particularités que l'auteur décrit dans son travail : « Le pavillon est petit, le conduit auditif externe large, tout à fait droit. La membrane du tympan est large dans tous ses diamètres et forme avec l'axe du conduit, un angle moins oblique que dans la race blanche. L'apophyse mastoïde est très peu développée et à peine visible. Le pharynx est spacieux, il existe un espace considérable entre les piliers. Les fosses nasales également sont spacieuses et les choanes très développés. La déviation de la cloison et l'obstruction nasale qui en résultent sont peu fréquentes. Les bouchons de cerumen sont moins fréquents que dans la race blanche. L'otite parasitaire est rare. L'otite moyenne aiguë, assez fréquente chez les enfants, l'est cependant moins chez les blancs.

La rhinite purulente est commune chez les enfants strumeux ; elle détermine souvent de la suppuration de l'oreille qui guérit très bien, et ne laisse après elle qu'un affaiblissement peu notable de l'audition. L'otorrhée est peu fréquente, l'inflammation de l'apophyse mastoïde extrêmement rare. L'otite moyenne catarrhale chronique est également très rare. Les sourds-muets dans la race nègre sont très peu nombreux.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. les Drs Hobby, Robert Tilley, Turnbull, S. O. Richey, et dans laquelle les opinions les plus contradictoires sont émises.

Le Dr John F. Fulton, de Saint-Paul, lit un mémoire sur **l'Inflammation primitive de l'apophyse mastoïde et de l'antre.**

Bien que le plus souvent l'inflammation de l'apophyse mastoïde et de l'antre ne survienne que par propagation de l'inflammation du conduit ou de la caisse, il est cependant des cas dans lesquels le contraire se produit. L'auteur décrit des signes principaux qui pourront permettre d'arriver à un diagnostic, qui, d'ailleurs, est toujours dans les cas de ce genre fort difficile à faire.

Le Dr George Frothingham, lit un article intitulé : **Indications pour l'ouverture artificielle de l'apophyse mastoïde et des meilleures méthodes pour amener l'occlusion de cette apophyse.**

Cette communication et celle qui précède font l'objet d'une longue discussion.

Le Dr Robert Tilley, de Chicago, lit une note intitulée : **La syphilis héréditaire considérée comme facteur dans la production des suppurations de l'oreille moyenne.**

L'auteur passe en revue les travaux déjà publiés sur ce sujet et parle de l'influence bien connue de la syphilis héréditaire et de ses rapports avec l'oreille moyenne et la membrane du tympan.

Le Dr C. M. Hobby, lit un travail sur **la Fièvre cérébro-spinale considérée comme cause de surdité.**

C'est une cause fréquente de surdité, et par conséquent de surdi-mutité ; dans les cas de ce genre, c'est probablement le labyrinthe qui est atteint. Les malades sont quelquefois frappés à la fois dans cette maladie de cécité et de surdité.

COMPTE RENDU
DE
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GRANDE-BRETAGNE
SECTIONS D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Par le Dr J. Charazac (1).

1° SECTION D'OTOLOGIE

Le Dr Thomas Barr, de Glascow, fait une communication sur les **Bourdonnements d'oreille** (*On tinnitus aurium*).

L'auteur se propose, par cette communication, de passer en revue les meilleures méthodes de traitement à employer pour combattre les bourdonnements d'oreille et invite ses collègues à exposer leur manière de voir sur ce sujet. Il s'occupe tout d'abord du traitement *électrique*. Les avis sont très différents sur la valeur de ce mode de traitement. La façon dont les électrodes sont appliqués n'est pas indifférente. La meilleure méthode, d'après l'auteur, consiste à placer un des pôles de la pile terminé par une petite éponge, dans le conduit auditif ou même sur le tympan, tandis que l'autre est mis en contact avec l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache.

Le traitement des bourdonnements par les diapasons placés en vibration sur le crâne, suivant la méthode du professeur Lucæ, de Berlin, non seulement diminue, dans certains cas, les bourdonnements, mais encore améliore l'audition.

On a beaucoup vanté l'acide hydrobromique. Il n'a donné aucun bon résultat à l'auteur. Le bromure de potassium est préférable et il n'est pas rare de voir les bourdonnements diminuer à la suite de son administration.

La pilocarpine en injections hypodermiques donne des succès dans certains cas, mais il en est beaucoup d'autres dans lesquels elle ne produit pas la moindre amélioration. Elle est indiquée, suivant l'auteur, dans les cas d'hémorrhagies limitées et récentes du labyrinthe.

La quinine à haute dose améliore souvent les bourdonnements, mais de soigneuses observations cliniques sont encore

(1) D'après le *British Medical Journal*, 27 août 1887.

nécessaires pour permettre de préciser les cas dans lesquels l'emploi de ce remède est indiqué.

Le Dr Lennox Browne dit que la seule base scientifique sur laquelle on puisse établir le traitement des bourdonnements repose sur le diagnostic différentiel de leur siège et de leur cause. En se plaçant à ce point de vue, on s'explique très bien les échecs aussi bien que les succès des diverses méthodes décrites ci-dessus. Les courants faradiques, par exemple, sont utiles dans une certaine catégorie de cas, spasme ou parésie des muscles tubaires ou tympaniques, et les courants continus dans les bourdonnements qui dépendent d'un affaiblissement des vaso-moteurs. On a d'ailleurs beaucoup exagéré l'action de l'électricité. On peut en dire autant de l'acide hydrobromique introduit dans la thérapeutique par le Dr Woakes, pour les cas de bourdonnements pulsatiles, et qui ne rend aucun service dans les autres cas.

Le Dr Lennox-Browne fait ensuite observer que souvent les malades ne se plaignent que des bourdonnements et que l'affaiblissement de l'ouïe ne les accompagne pas nécessairement ; il rapporte les importantes expériences de Dundas Grant à l'aide desquelles on peut faire le diagnostic du siège des bourdonnements. Elles consistent à comprimer alternativement les carotides et les artères vertébrales. Si le bruit des bourdonnements diminue à la suite de la compression des carotides, c'est l'oreille moyenne qui est lésée ; si au contraire les bourdonnements sont d'origine labyrinthique, la pression sur les artères vertébrales les diminue ou les fait disparaître.

Le Dr Ward Cousins dit que le traitement des bourdonnements qui résultent d'une affection de l'oreille moyenne consiste à rétablir un libre passage entre le pharynx et la caisse, de manière à rétablir l'équilibre de pression sur les deux faces de la membrane tympanique. La douche d'air depuis longtemps est considérée comme une excellente méthode de traitement; elle est surtout utile dans les débuts des affections de l'oreille moyenne. Mais dans les cas chroniques

accompagnés de bourdonnements très tenaces, elle produit parfois une aggravation dans l'état du malade.

Le Dr Cousins, dans les cas de ce genre, depuis plus de deux ans fait usage avec beaucoup de succès d'une méthode qui consiste en une injection d'air suivie de son évacuation immédiate. Il présente l'appareil dont il fait usage et pratique l'opération devant les membres du Congrès.

Pour appliquer avec succès cette méthode, il faut que l'orifice antérieur des narines soit hermétiquement bouché.

Le Dr Ch. Warden lit une note ayant pour titre : **Surdi-mutité et mariages consanguins** *(Deaf-mutism and consanguineous marriages.)*.

Dans ce travail l'auteur passe en revue les diverses causes de la surdi-mutité et s'attache principalement à démontrer l'influence de la consanguinité et de l'hérédité. Bien que les statistiques soient trop limitées et trop incomplètes pour permettre de formuler des conclusions positives, il est cependant probable que :

1° Si deux sourds-muets ayant des membres de leurs familles atteints de cette infirmité se marient entre eux, leurs enfants seront sourds-muets;

2° Deux sourds-muets congénitaux se mariant ensemble, soutout s'il en existe dans leur famille, auront leurs enfants sourds-muets ;

3° Les mariages entre sourds-muets, si la surdi-mutité est acquise et s'il n'y a pas de sourds-muets dans la famille, auront des enfants qui ne seront pas sourds;

4° Dans les mariages entre sourds-muets et individus entendant, si ces derniers n'ont pas de sourds-muets dans la famille, les enfants ne seront pas sourds-muets.

Le Dr Barr dit que d'après son expérience les mariages consanguins ne sont pas une cause fréquente de surdi-mutité. L'hérédité, comme dans toutes les maladies de l'oreille, joue un grand rôle dans la production de la surdi-mutité.

Le Dr E. Woakes s'étonne qu'il n'ait pas été question de la

syphilis comme facteur dans la surdi-mutité. L'influence de cette diathèse est évidente dans bon nombre de cas et elle joue d'après lui, dans la production de cette infirmité, un rôle plus important que l'hérédité elle-même.

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Le Dr Prosser James lit un travail intitulé : **Remarques sur la phtisie laryngée** (*Remarks on laryngeal phtisis*).

Cette note a été préparée par l'auteur comme introduction à la discussion portée à l'ordre du jour de la section.

Il s'occupe de la nature de la phtisie laryngée, de son origine bacillaire, de la possibilité de la guérir, de son traitement, et rappelle à ce sujet les différentes méthodes préconisées par l'auteur.

Le Dr Lennox-Browne admet l'existence de la tuberculose laryngée primitive qui est, dit-il, démontrée par des faits irrécusables. Les principes qui suivent doivent être la base du traitement : 1° On doit placer le malade dans les meilleures conditions pour résister à l'influence nocive du bacille. Les conditions climatériques, l'hygiène, les inhalations servent à remplir ce but; 2° on doit attaquer les bacilles à l'aide des antiseptiques. Il les divise en deux classes : *a*) ceux qui agissent comme antiseptiques généraux ; *b*) ceux dont l'action est purement locale. Dans la première on peut placer le sublimé et les injections rectales. On ne doit user de cette méthode préconisée par Bergeon qu'avec la plus grande réserve. Le remède quelquefois peut être pire que le mal et l'auteur rapporte un cas dans lequel il a bien des raisons de croire que ce traitement a hâté la terminaison fatale. Parmi les antiseptiques locaux, l'auteur préconise le galvano-cautère pour les ulcérations de la langue et des amygdales; l'acide lactique après grattage des ulcérations pour la tuberculose du pharynx, le menthol dans le larynx de préférence à l'iodoforme et à l'iodol. Les insufflations de morphine et autres sédatifs sont purement palliatives. Les pastilles à la cocaïne sont bonnes pour calmer la douleur dans les cas d'ulcération de la langue

et de la gorge, mais cette substance ne vaut ni l'opium ni la belladone pour calmer la toux et les douleurs provenant d'ulcérations plus profondément situées.

Le Dr Hunter Mackenzie lit un travail sur **le Traitement de la phtisie laryngée** (*The treatment of laryngeal phtisis*).

En application locale, les médicaments sédatifs ou légèrement astringents sont préférables aux caustiques. La morphine, l'iodoforme, la papayotine (en solution de 1/2 à 5 0/0), la cocaïne, la caféine et le menthol sont ceux auxquels on doit accorder la préférence. L'auteur s'étend assez longuement sur l'emploi de l'acide lactique et sur ses effets bien connus en application sur les tissus malades. Il préconise la trachéotomie, non seulement comme moyen palliatif, mais encore comme moyen curatif dans la tuberculose du larynx. Cette opération, pour l'auteur, aurait l'avantage de mettre le larynx dans un état de repos et à l'abri de toute irritation, et de rendre plus facile l'intervention locale sur les parties malades. On comprend facilement qu'elle ne doit, même d'après l'auteur, être faite que dans les cas où le poumon est peu ou point malade, mais alors le Dr Hunter Mackenzie la conseille alors même qu'il n'y a pas de danger de suffocation.

Le Dr Woakes, dans la phtisie laryngée, préconise l'emploi de l'hydrogène sulfuré. Il a pratiqué cinq fois la trachéotomie dans la tuberculose du larynx. Sur ces cinq fois, il y a eu trois fois amélioration considérable et arrêt complet dans l'évolution de la maladie; dans les deux autres cas, il ne se produisit aucune modification appréciable.

Le Dr Stocker doute de l'existence de la tuberculose laryngée primitive. Pour qu'on puisse en être certain alors même que le poumon ne présente pas trace de lésion, il faut que l'autopsie confirme les résultats de l'examen du malade.

Les Drs Hooper, de Boston, et Hayes, admettent les opinions précédemment exprimées par le Dr Lennox-Browne.

Discussion sur les névroses naso-pharyngiennes.

Le Dr E. Woakes, en quelques mots fait l'historique de la question, et rappelle les travaux de Voltolini, Hack et Hering, qui démontrent l'origine nasale de certains cas d'asthme et même d'épilepsie.

Le Dr Georges Stocker rapporte deux observations d'**hay fever**, guéri par le galvano-cautère appliqué sur les cornets hypertrophiés.

Le Dr Lennox-Browne rapporte deux cas d'**attaques épileptiques**, dues à une névrose nasale réflexe et guéries par le traitement local.

Sténose laryngée.

Le Dr Lennox-Browne lit une courte note sur la **sténose laryngée**, et montre un nouveau dilatateur du larynx qui présente réunis les avantages du dilatateur tranchant de Whistler et des tubes de Schrötter.

MM. les Drs Lennox-Browne, Holbrook Curtis, de New-York, Curtis et Georges Stocker, présentent ensuite plusieurs **instruments pour les fosses nasales et le larynx.**

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par le Dr André Boursier (1).

M. Boursier vient de publier sous forme de volume une série de leçons au nombre de quinze, toutes traitées de main de maître, tant au point de vue clinique qu'au point de vue théorique et scientifique. Nous signalerons les cinq premières, particulièrement intéressantes pour les lecteurs de la *Revue*.

Chaque leçon est précédée d'un sommaire qui en constitue une analyse parfaite et qui nous guidera pour donner une idée complète du sujet traité :

La première clinique de M. Boursier a pour titre : *Des*

(1) Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, 1887.

kystes thyro-hyoïdiens. Il étudie les signes physiques et les troubles fonctionnels de ces kystes; fait le diagnostic avec les autres tumeurs : abcès par congestion, masses ganglionnaires; avec les autres kystes de la région : kystes du corps thyroïde, hygroma de la bourse de Béclard. Il continue par la description de la région thyro-hyoïdienne, la nature et l'origine des kystes de Boyer : les kystes de la pyramide de Lalouette, la grenouillette sous-hyoïdienne, l'hygroma thyro-hyoïdien, les kystes d'origine branchiale, la structure du kyste branchial, son liquide, sa résistance aux moyens thérapeutiques, son traitement.

Le sommaire de la deuxième leçon : *Du goître vasculaire*, est : Observation d'une jeune fille de vingt-trois ans ; signes physiques et fonctionnels du goître, diagnostic du goître avec les ganglions, les kystes du cou, diagnostic de forme avec le goître aigu pulsatile, le cancer du corps thyroïde, le goître exophtalmique.

Structure des goîtres : du goître vasculaire anévrysmal ou artériel, variqueux, apoplexie thyroïdienne.

Pronostic. Traitement médical, iode, iodoforme. Traitement chirurgical: injections interstitielles, électrolyse, ligature des artères, extirpation.

La troisième leçon est consacrée à : *la Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, avec étude d'une observation particulière où l'opération fut pratiquée pour un rétrécissement syphilitique de l'isthme du gosier. L'auteur passe en revue les formes diverses de rétrécissement et parle du traitement curatif. Il fait ensuite l'historique de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, ainsi que l'anatomie topographique de la région. Enfin il indique le procédé opératoire, les avantages et les inconvénients de l'opération, ses indications et ses contre-indications.

Les *papillomes du voile du palais* font l'objet de la quatrième leçon. Dans le cas particulier, il s'agit d'une tumeur pédiculée du voile du palais, chez un jeune homme de vingt ans, avec troubles vocaux. Ces papillomes ont une période latente et une période de troubles réflexes (toux,

gêne pharyngée, spasmes, suffocations, etc.). Leur histoire, leurs causes, leur forme, leur volume et leur pédicule sont ensuite passés en revue. La leçon se termine par le diagnostic avec les tumeurs pédiculées de la région, avec les tumeurs sessiles; par l'anatomie pathologique et le traitement.

A propos d'*un cas de polype naso-pharyngien*, M. Boursier, dans sa cinquième leçon, après l'examen clinique, établit, un diagnostic différentiel avec les affections nasales; il indique le siège et le nombre des points d'implantation. Poursuivant le diagnostic différentiel, il distingue les polypes naso-pharyngiens des tumeurs malignes, des polypes fibro-angiomateux et des polypes fibro-muqueux.

On trouve encore dans la même leçon signalés le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens, le choix de la méthode, la chloroformisation, la tête pendante, ses avantages et ses inconvénients, ses indications et ses contre-indications.

Quant aux autres leçons, comme elles ont pour objet des questions de chirurgie générale ne se rattachant en rien à la spécialité, nous les passerons sous silence, faisant remarquer cependant qu'elles forment autant de sujets neufs et originaux qui seront avec avantage consultés par les praticiens.

Les leçons de clinique chirurgicale de M. Boursier forment un beau volume de 300 pages, très bien imprimé sur papier fort et édité avec un soin tout particulier.

M. Natier.

Atlas d'images coloriées de la membrane du tympan (*Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells*), par le Dr Kurd Bürkner, professeur et directeur de la polyclinique pour les maladies des oreilles, à l'Université de Göttingen (1).

L'Atlas du professeur A. Politzer, publié il y a plus de vingt ans, étant depuis longtemps épuisé et aucun autre travail de ce genre, si ce n'est celui de J. Hinton, trop vaste et trop coûteux, n'ayant paru depuis, c'est la raison pour laquelle l'auteur s'est décidé à faire à son tour paraître un nouvel atlas.

(1) Iena, Verlag von Gustav Fischer, 1886.

Celui-ci comprend quatorze planches avec 84 figures. Chacune de ces figures, très soigneusement exécutées, représente aussi naturellement que possible les images les plus variées de la membrane du tympan.

Pour donner une idée, nous nous bornerons à dire qu'on voit, d'abord, l'image du tympan avec son aspect normal, une rupture double, des ecchymoses, des pigmentations, etc., en un mot, le plus grand nombre des altérations dont cet organe peut être le siège.

Nous ne saurions entrer dans une énumération plus longue, mais nous croyons bon de recommander à nos lecteurs qui ont l'occasion de pratiquer des examens de la membrane tympanique, ce petit Atlas qui pourra leur être vraiment de quelque utilité. Les planches sont aussi bien dessinées qu'il est possible, étant donnée la difficulté que l'on éprouve à reproduire cette partie de l'organe de l'ouïe.

M. N.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Langue noire (*Die Schwarze Zunge*), par le Dr Ph. Schech, docent in München.

Cette affection, dit l'auteur, très peu connue, est indolente, à début insidieux. Ce n'est que par hasard que le médecin ou le malade lui-même s'en aperçoivent. Parfois existent une sensation de sécheresse et de la mauvaise odeur; le goût, la sensibilité et les mouvements de la langue sont conservés.

Comme symptômes objectifs, on constate une coloration brun foncé, noire ou même bleuâtre, qui peut se rencontrer ou d'un seul côté ou des deux côtés et s'étendre de la base à la pointe. Le plus souvent cependant, la pointe et les bords ont un aspect normal. La langue ressemble, suivant l'expression de Raynaud, à un champ de blé couché par le vent et la pluie.

L'auteur rapporte ici l'observation d'un homme de trente-deux ans, artiste, qui, depuis plusieurs semaines, avait de la

toux et de la raucité de la voix. A l'examen, il remarqua que le dos de la langue, de chaque côté du raphé et d'arrière en avant, était le siège d'une coloration sombre. Il existait là comme des filaments en très grand nombre, couchés et très adhérents.

Pour ce qui est de la nature de cette affection, les opinions les plus diverses ont été émises. Les uns (Hutchinson) n'ont voulu voir là qu'un effet de la simulation qu'on observait souvent chez les hystériques; d'autres (Armaingaud) ont admis qu'ils s'agissait de troubles vaso-moteurs. Enfin pour la plupart, et j'étais moi-même du nombre, c'était à une affection mycosique qu'on avait à faire. Dessois aurait trouvé un champignon (*glossophyton*) auquel il fait jouer un rôle très actif... Shell a vu des corpuscules arrondis ou ovalaires qui le font aussi croire à du mycosis. Après avoir fourni les opinions d'autres auteurs, Schech ayant exposé le résultat de ses recherches microscopiques, conclut en disant : *D'après mon observation, la* LANGUE NOIRE *ne fait pas partie du cadre des maladies mycosiques, il s'agit là simplement d'une forme hypertrophique avec cornification et pigmentation des tissus.*

Au point de vue étiologique, on ne sait à peu près rien de la question. On ne saurait accepter l'action nocive du tabac, — mâché ou fumé, — car le nombre de ceux qui en usent sans contracter l'affection est immense par rapport à ceux qui en sont atteints. On a encore avancé, mais également sans preuves, que la langue noire s'observerait chez des personnes avancées en âge ou bien chez certains individus atteints de carcinome de la langue.

La durée de la maladie est indéterminée, car on l'a vue persister des semaines et des mois et même des années.

Quant au traitement, on pourrait dire qu'il est inutile, vu la bénignité de l'affection. On agirait si les filaments, devenus trop longs, occasionnaient de l'embarras. On pourra prescrire des gargarismes alcalins. On ignore encore si l'affection est sujette à récidive. (*Separatabd. aus der Münch. med. Woch.*, n° 13, 1887.)

M. NATIER.

Un cas de double luette (*Ein doppeltes Zæpfchen*),
par le Dr PATRZEK.

Un hôtelier vint consulter M. Patrzek à la suite de sensations de strangulation et de vomituritions dont il avait été incommodé toute une nuit durant, et qu'il croyait devoir rattacher à la présence d'un corps étranger.

L'examen de la gorge révéla entre la luette et la paroi gauche du pharynx l'existence d'une production ressemblant à une luette. De la base, partaient deux bifurcations dont la droite insérée sur le bord de la luette mesurait 1 centimètre, et dont la gauche, insérée sur la partie supérieure et postérieure de l'arc palatoglosse, avait une longueur de 3 centim. Ces parties enlevées, on put constater par la forme et à la coupe qu'il s'agissait d'une luette double. (*Deuts. mediz. Zeitg.*, n° 29, 1887, p. 338.) M. N.

De l'inflammation de la luette et de son incision,
par le Dr GUILLABERT.

Dans des cas divers, M. Guillabert a eu l'occasion de pratiquer l'excision de la luette, notamment chez un de ses collègues atteint d'œdème suffocant secondaire. L'allongement de la luette lui a paru affecter généralement trois formes différentes :

1° Elle rappelle un triangle isocèle très aigu à sommet renflé; 2° elle est rouge, rigide, cylindrique, à sommet obtus pouvant être recourbé en crochet; 3° enfin, elle est piriforme, considérablement hypertrophiée avec œdème presque transparent.

Consécutivement à l'excision de la luette, on a signalé les hémorragies abondantes. M. Guillabert a toujours réussi à les arrêter avec le nitrate d'argent ou le perchlorure de fer ; dans les cas exceptionnels, une petite pince de Mathieu ou de Péan, sera toujours efficace.

Les palatostaphyllins sont simplement engourdis et non paralysés ou atrophiés.

Comme à l'état normal, la luette disparaît complètement pendant qu'elle se contracte , il sera prudent d'en conserver

1 c. ou 1 c. 1/2 pour éviter des troubles de la déglutition. (*Courrier méd.*, n° 22, 28 mai 1887, p. 209.) M. N.

Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes,
par M. le Dr Albert Ruault.

Parmi les hypertrophies amygdaliennes, M. Ruault détache du groupe les deux types suivants, pour en faire l'étude :

1° *Hypertrophie dure ou fibreuse.* — Cette hypertrophie, en général consécutive à des amygdalites répétées, procède par étapes successives pour ne s'arrêter guère qu'à l'âge mûr. Chez les enfants au-dessous de treize ou quatorze ans, le pharynx est normal et la maladie localisée aux amygdales. Celles-ci, dures, élastiques, non douloureuses, peuvent se toucher par leur face interne et obliger le malade à respirer la bouche ouverte. Vers seize à dix-huit ans, le pharynx commence à être envahi; il survient de la gêne et un peu de douleur. Vers trente ou trente-cinq ans, la muqueuse qui recouvre les amygdales et les parties avoisinantes, s'épaissit; des végétations adénoïdes apparaissent au pharynx, les amygdales s'atrophient. Avec cette forme d'hypertrophie, on pourra parfois rencontrer de la surdité unilatérale qui disparaîtra après cautérisation de l'amygdale. L'hypertrophie dure se rencontre souvent chez des enfants issus de souche arthritique; sa caractéristique histologique est l'abondance du tissu fibreux.

2° *Hypertrophie molle ou adénoïde.* — Elle porte surtout sur les follicules lymphatiques et se rencontre chez les enfants à tempérament lymphatique. Début lent, insidieux, marche continue. Végétation adénoïde du pharynx, rhinite chronique catarrhale; hypertrophie de l'amygdale palatine de bas en haut et d'avant en arrière. Cette hypertrophie n'est pas très considérable; l'amygdale a un aspect grenu, elle est arrondie ou pyriforme; les piliers sont écartés l'un de l'autre pour faire place à la glande hypertrophiée. Celle-ci est rosée, molle au toucher; sa friabilité semble l'exposer à l'usure au contact des aliments solides.

Cette forme s'observe le plus communément de quatre à six

ans ; la maladie tend à disparaître vers l'âge de seize à dix-huit ans. Quand aux végétations adénoïdes coexistantes, elles persistent beaucoup plus longtemps.

Comme traitement, l'auteur préconise l'ignipuncture au galvano-cautère. (Communic. à la *Soc. de Méd. de Paris*, séance du 26 fév. 1887. — *Union méd.*, 26 mai 1887, n° 67, p. 813.) M. Natier.

Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée, par le Dr Eug. Martel.

On a pour remédier à ces perforations deux méthodes de traitement : 1° Le traitement palliatif, qui consiste dans l'emploi d'obturateurs ;

2° Le traitement curatif comprenant surtout l'uranoplastie et la staphylorraphie. Le traitement par cautérisation ignée n'a jusqu'ici eu d'autre partisan que J. Cloquet. Il consiste à toucher l'angle supérieur et l'angle inférieur de la perforation ou de la division du voile avec un cautère électrique ou autre : les points cautérisés se soudent les uns aux autres et la cautérisation est continuée jusqu'à fermeture complète.

Tel est le procédé recommandé par M. Martel se fondant pour cela sur une observation heureuse de perforation du voile consécutive à la syphilis et guérie de la sorte. (*Revue intern. des Sc. méd.*, 31 mai 1887, p. 199.) M. N.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Un cas de rhinite professionnelle *(arsenicale)*, par le Dr A. Cartaz, ancien interne des Hôpitaux.

A propos de rhinites professionnelles, M. Cartaz fournit d'abord un aperçu pathogénique sur cette affection, si bien décrite par Hillairet et Delpech.

Il rapporte ensuite l'observation d'un homme de 48 ans, qui, depuis l'âge de 17 ans, travaillait dans les fabriques de produits arsenicaux. A 25 ans, blennorrhagie et chancre dont il ne saurait déterminer la nature. Accidents cutanés jusque vers l'âge de 30 ans, et dûs vraisemblement aux poussières arsenicales, car ils cessent de 30 à 38 ans, époque où le

malade interrompt sa profession. Il y a cinq ans environ, cet homme s'étant de nouveau exposé aux poussières arsenicales, et cette fois plus intimement, survinrent des lésions nasales avec suppuration abondante. On constata alors une perforation de la cloison et on crut à de la syphilis, mais le traitement spécifique demeura sans effets. Le malade vint à l'hôpital où, après une nouvelle tentative infructueuse, on cessa le traitement spécifique pour le soumettre à un régime tonique; on prescrivit en même temps des irrigations nasales désinfectantes.

Grâce à ce traitement, les symptômes s'amendent; mais le malade ayant voulu reprendre sa profession, les accidents réapparaissent aussi intenses, ce que voyant, il renonce définitivement à sa profession. La réparation se fait alors dans une large mesure.

M. Cartaz se croit suffisamment autorisé, par ce qui précède, à écarter le diagnostic de syphilis au lieu d'affection lupeuse des fosses nasales, pour admettre celui de rhinite professionnelle. (Communication à la *Société clinique de Paris France méd.* n° 56 p. 670, 12 mai 1887). M. N.

Le thymol dans le traitement de la rhinite atrophique (*Thymol in the treatment of atrophic nasal catarrhe*), par le Dr Ralph W. Seiss.

L'auteur recommande les solutions suivantes : « 1° Thymol 0 gr. 13; alcool, 2 grammes; glycérine 2 grammes; eau distillée, 30 grammes.

2° Thymol, 0 gr. 10; alcool, 5 grammes; glycérine, 2 grammes; eau distillée, 30 grammes.

3° Thymol, 0 gr. 30; alcool et glycérine, 15 ââ grammes.

4° Une quantité double de thymol que pour la précédente formule.

On a employé les formules 1 et 2 avec un vaporisateur; les solutions 3 et 4 en application directe à l'aide d'un tampon d'ouate.

Dans les cas récents de rhinite atrophique dans lesquels l'épithélium est encore intact et que les sécrétions accumulées ne sont pas trop abondantes, la solution n° 1 lui rend les

meilleurs services. Cette forme de rhinite atrophique est invariablement précédée du processus hypertrophique. Il n'existe pas d'odeur dans les cas de ce genre. Sous l'influence du thymol, l'auteur a vu les sécrétions devenir moins épaisses, la muqueuse reprendre sa coloration normale et les cornets augmenter de volume au point de rendre aux fosses nasales leur cavité normale.

Un traitement général tonique et des lavages soigneux des fosses nasales doivent accompagner le traitement.

Dans la forme typique de rhinite atrophique, le malade se plaint presque toujours d'une sensation de sécheresse à la gorge et de l'accumulation de mucosités desséchées, formant des croûtes, surtout à la voûte du pharynx, de perte de l'odorat et d'une odeur désagréable qui peut être plus ou moins accentuée, suivant les cas. La muqueuse des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne est atrophiée au point que dans certains cas, la muqueuse s'applique exactement sur le corps des vertèbres. Dans cette forme de rhinite atrophique, l'auteur fait usage de la solution n° 2 de thymol en pulvérisation après que les fosses nasales ont été scrupuleusement lavées. On doit, quelquefois après les pulvérisations, toucher les érosions de la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent (1/6). On fait ensuite des badigeonnages du pharynx avec les solutions n°s 3 et 4.

Dans une troisième forme que l'on voit survenir dans les cas de syphilis négligée ou de tuberculose, le thymol, tout en étant moins efficace, rend cependant des services et améliore beaucoup l'état du malade. (*The Med. News*, 2 avril 1887.)

Dr J. Ch.

Du croup de la muqueuse nasale. Rhinite fibrineuse (*Ueber Croup der Nasenschleimhaut Rhinitis fibronisa*), par le Dr A. Hartmann, de Berlin.

L'auteur n'ayant pas trouvé d'observation de ce genre dans la littérature médicale, croit bon de rapporter les cas de croup de la muqueuse nasale qu'il lui a été fréquemment donné d'observer. Les traités spéciaux se bornent à mentionner simplement la diphtérie du nez, et cela probablement parce que

cette affection n'ayant nulle tendance à se généraliser, il est rare qu'on pratique l'examen des fosses nasales. On peut appliquer à la rhinite croupeuse, sauf de légères exceptions, ce que Steffen et Ziemssen disent de la laryngite de même nom, dans leur manuel de pathologie et de thérapeutique spéciales : « Elle consiste dans un dépôt à la surface de la muqueuse, d'un exsudat fibrineux, blanc jaunâtre, membraneux, faiblement adhérent à la muqueuse (c'est le contraire dans le nez), se détachant facilement et se reproduisant très vite, n'entraînant pas de perte de substance et n'étant suivi d'aucune trace de cicatrice. »

Dans les six cas obervés par l'auteur, il s'agissait d'enfants âgés de trois à neuf ans. L'affection presque toujours était de nature sporadique. Elle débute comme un coryza fébrile et s'accompagne la plupart du temps de pharyngite croupeuse. Le diagnostic n'offre aucune difficulté. La guérison survient au bout de huit à quinze jours.

Comme traitement, enlever les membranes, appliquer de la poudre d'iodoforme. (*Separatabdruck aus der Deuts. Medic. Wochensch.*, 1887, n° 29). M. Natier.

De la rhinite croupale (*Ueber Croup des Nasenschleimhaut*), par le Dr O. Seifert, privatdocent à Wurzburg.

L'auteur rappelle les cas signalés par Hartmann et insiste sur la rareté de cette affection. C'est cette rareté qui l'engage à publier trois cas tirés de sa pratique particulière. Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, qui avait une obstruction complète des deux fosses nasales, avec accès de fièvre. Le nez était tapissé de fausses membranes, très adhérentes et donnant lieu quand on les enlevait à un léger écoulement de sang. Les couennes furent enlevées et des insufflations d'iodol pratiquées dans le nez : elles se reproduisirent rapidement, mais huit jours après tendaient à disparaître ; au bout de trois semaines les symptômes étaient considérablement amendés. L'auteur ignore comment se termina l'affection, ayant perdu de vue le malade.

Deux autres observations sont relatives à deux fillettes (de

six et de trois ans) qui présentèrent les mêmes symptômes. Dans ce cas particulier la contagion directe semble être de toute évidence. Même traitement que pour le premier cas : les fausses membranes ont persisté pendant 12 à 14 jours.

A côté de cette rhinite croupale primitive, en existe une autre, celle-ci secondaire et se produisant en général après les opérations sur le nez. L'une et l'autre seront traités de la même façon. Si l'auteur préfère l'iodol à l'odioforme c'est : 1° parce qu'il n'a pas d'odeur; 2° parce qu'il n'irrite presque pas la muqueuse. (*Münch. Med. Wochensch.*, n° 38, 20 sept. 1887.)

M. Natier.

Tuberculose ou lupus de la muqueuse nasale? (*Tuberculose oder Lupus der Nasenschleimhaut?*), par Max Bresgen, de Francfort.

La question de savoir s'il existe réellement un lupus de la muqueuse nasale est loin encore d'être résolue; il en est même qui nient complètement l'existence de cette affection, par exemple Schæffer. C'est pourquoi l'auteur rapporte une observation qui lui paraît devoir jeter un certain jour sur ce sujet. Il s'agit d'une dame de trente-huit ans, à laquelle il avait, sept ans auparavant, donné ses soins pour une rhinite chronique. Depuis six mois elle éprouvait de la gêne de la respiration nasale à gauche. De ce côté il existait une tumeur de la grosseur d'une noisette, rouge, rugueuse, saignant facilement; elle était insérée sur la cloison à sa partie antérieure et pouvait venir faire saillie dans la narine droite. En même temps existaient des deux côtés, des granulations de la muqueuse. Immédiatement on songea à des lésions syphilitiques; mais l'iodure de potassium fut administré sans succès. Les granulations touchées à l'acide chromique et au galvano-cautère reparaissent de nouveau et la perforation qui existait à la cloison s'agrandit. Ce fut alors que M. Bresgen, qui avait appris du reste que la malade vivait avec un beau-frère tuberculeux, songea à un lupus.

Six mois plus tard, deux petites taches rosées apparues sur le nez, disparaissaient très vite. Mais elles ne tardaient pas à se montrer sous forme de tubercules groupés par cinq ou

six. Les cautérisations galvaniques restèrent sans succès tout d'abord et de nouvelles poussées se formaient sans cesse; enfin on finit par faire disparaître le mal au moyen du cautère galvanique.

Les points intéressants de cette observation, sont : la formation de tubercules sur la peau du nez apparaissant d'abord treize mois après l'affection de la muqueuse, et ces mêmes tubercules qui plus tard se montrent sur la peau par extension de la lésion muqueuse. Il faut encore noter que la guérison de la peau du nez se fait avec celle de la muqueuse et que les granulations ne sont véritablement détruites qu'alors qu'on fait porter les cautérisations jusque sur la muqueuse saine.

La muqueuse, dit M. Bresgen, était, dans le cas particulier, en état de contracter la tuberculose; et si l'on peut admetre que dans la tuberculose vraie de la pituitaire, il n'existe pas de granulome, il n'est pas moins juste de reconnaître que les granulomes peuvent devenir tuberculeux, témoin le cas de tumeur tuberculeuse du larynx de Schæffer. Quant à la perforation de la cloison elle avait probablement été faite en se grattant avec l'ongle. La présence ou l'absence de bacilles de la tuberculose dans le cas de lupus semble lui importer peu au point de vue du diagnostic. Sa conclusion, c'est qu'on doit en règle générale considérer comme lupus de la face, celui qui procède d'un lupus de la pituitaire. (*Separatabdr. aus der Deutsch. medic. Woch.*, 1887, n° 30.) M. N.

Simple réflexion sur le gonflement de la muqueuse du nez, correspondant au côté sur lequel on se couche *(Kurze Bemerkung über das Auschwellen der Nasenschleimhaut bei Seitenlage)*, par le Dr Max Bresgen, de Fracfort.

Il est de notion générale que la muqueuse du nez correspondant au côté sur lequel on se couche subit un gonflement que tout le monde explique par un afflux plus considérable du sang de ce même côté. Or c'est une opinion contre laquelle s'élève l'auteur, et cela pour des considérations physiologiques qu'il énumère. A son avis, c'est même le contraire qui se produit

souvent. Du reste, ajoute-t-il, on n'observera jamais ce gonflement ni d'un côté, ni de l'autre, tant qu'il n'existera pas de rhinite. En un mot, il croit qu'il s'agit là d'une action nerveuse qu'il ne pourrait expliquer, il est vrai, mais qu'il signale à l'attention de ceux que pourrait intéresser le sujet. (*Separat Abdr. aus der Deutsch. medic. Wochensch.*, 1887)

M. NATIER.

Du myxofibrome des choanes (*Ueber myxofibrome der Choanen*), par le Dr SEIFERT (1).

On a, jusqu'à Hopmann, absolument confondu entre elles les tumeurs bénignes du nez : ce fut cet auteur qui, le premier, en établit une division en types divers. — Dans une première forme, on trouve des faisceaux de tissu conjonctif entrelacés, donnant eux-mêmes naissance à d'autres plus petits. Seifert présente des préparations en contradiction avec les recherches histologiques de Billroth. En effet, on n'y rencontre point de glandes, mais des lacunes remplies d'un serum albumineux, aucune trace de substance calcaire. Ce ne sont point là des kystes, car il leur manque une paroi : une fois, cependant, il a trouvé un kyste, il s'agissait alors d'un kyste par rétention. Il reconnaît aussi qu'il est parfois possible de rencontrer dans le pédicule des polypes, des glandes disséminées de ci de là. — Ces tumeurs ont leur point d'implantation sur les cornets supérieurs ou tout auprès. Ce n'est que très rarement qu'on les trouve implantés sur la cloison ou sur les cornets inférieurs.

Une deuxième forme de tumeurs comprend les *papillomes*. Ceux-ci sont implantés sur les cornets inférieurs, et donnent lieu à un écoulement catarrhal. Ils peuvent être constitués, soit par tumeurs à mailles lâches ou en forme de mûres, avec un large pédicule et des grains œdématiés, soit au contraire par des tumeurs denses et serrées, à grains durs, petits, avec petites papilles à la surface. Ils remplissent la partie inférieure des fosses nasales : jamais, comme Zuckerkandl, l'au-

(1) Druck und Verlag der Stahel'schen Univ. Buch. und Kunsthand. in Wurzburg.

teur n'a eu l'occasion d'en constater isolément. Ces papillomes, dus à l'hypertrophie de la muqueuse nasale, sont formés aux dépens des acini glandulaires. Une seule fois, Seifert a trouvé un papillome de la cloison. — Les papillomes des cornets inférieurs peuvent donner lieu à de la migraine, du vertige, des accès de toux.

La troisième forme de tumeurs bénignes est constituée par une simple hypertrophie polypoïde de la muqueuse nasale. Tous les éléments de la muqueuse participent à l'hypertrophie, celle-ci siège sur les cornets inférieurs ou moyens. Les productions polypoïdes se distingueront aisément, à l'aide de signes fournis par l'auteur, des polypes naso-pharyngiens.

L'auteur termine sa communication en rapportant une observation de fibro-myxome avec preuves à l'appui, chez une jeune fille de dix-neuf ans. (*Aus den Sitzungsberichten der Wurzb. Phys.-med. Gesells.*, 1887. V. Sitz, vom 12 Februar 1887.) M. Natier.

NOUVELLES

Les praticiens de l'hôpital pour la gorge « de Golden square » à Londres, viennent d'installer des cours où MM. les étudiants pourront apprendre à reconnaître et à traiter les maladies de la gorge et du nez. Les cours sont disposés de manière à permettre aux étudiants de commencer à n'importe quel moment.

Les premiers cours ont lieu depuis le lundi 10 octobre et sont continués les mercredi et vendredi de chaque semaine à cinq heures de l'après-midi.

Le prix est de 52 fr. 50 par mois.

Les cours sont faits par MM. Wolfenden, Mac-Donald et Bend, médecins de l'hôpital.

NOUVEAU JOURNAL

Nous avons le plaisir d'annoncer la publication d'un nouveau journal, publié par le Dr Ruault, de Paris, sous le titre : *Archives de Laryngologie et de Rhinologie, et des maladies des premières voies respiratoires et digestives.*

Le premier numéro vient de paraître le 15 octobre dernier. La collaboration d'hommes éminents dans la science médicale, tels que MM. Bouchard, Verneuil, Cornil, Trélat, etc., assure à cette nouvelle feuille spéciale, un succès complet, auquel nous applaudissons, puisqu'il prouve le développement croissant que prend la spécialité dans notre pays.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

ARCHAMBAULT (R.). — Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme (Paris, Davy impr. 1886).

ARCHAMBAULT. — Pièce de 50 centimes tombé dans le larynx (Extr. de l *Gaz. des hôp.*, 1887).

BARON BARCLAY (J.). — Hoarseness and loss of voce (*Bristol. med. chir. journ*, sept. 1887)

BRESGEN (Max.) — I. Tuberculose oder Lupus der Nasenchleimhaut? etc — II. Laryngoscopie (Separatabd. a. d. Real. Eucyclop. d'Albert, Eulenburg). — III. Larynx (Anatomisch) (Separatabd. a. d. Real. Encyclop. d'Albert, Eulenburg).

BUCK (A.-I.). — Two papers on topics relating to aural pathology and treatement (N.-Y., 1886). — II. Chronic catarrhal inflamation of the middle ear (N.-Y., 1887).

CHAUVET. — Des indications des eaux de Royat dans les affections pulmonaires (Paris, Lévi, édit., 1887).

COUPARD. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses (Paris, 1887).

DUPONT (G.). — Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales, accidents primitif et secondaires (Paris, O. Doin, édit., 1887).

FLETCHER-INGALS. — Intubation of the larynx (Reprint. f. *The N-Y. med. Journ*, 1887).

GELLÉ. — Physiologie de l'audition fonction du limaçon, rôle du limaçon osseux (Paris, 1887).

GLASCOW (W.). — The etiology and mecanisme of asthma (*The amer. journ. of med. Sc.*, 1887).

HARTMANN. — Ueber croup der Nasenschleimhaut, rhinitis fibrinosa (Separatabd. a. d. *Deuts. med. Woch.*, 1887).

KIRCHNER. — Ueber Labyrintherkrankungen (Aus d. Sitzungsb-der Wurzb. phys. med. Ges., 1887). — Ueber Divertikelbildurg in der tuba Eustachii des menschen(Leipzig, 1887).

LENNOX-BROWNE. — The Throat and its diseases (Colored plates, 2e édit., Londres, Baillière Tindall et Co, éd., 1887).

NOQUET. — I. Cousidérations sur les tumeurs adénoïdes. II. Corps étrangers de l'oreille ayant provoqué une otite externe diffuse (Lille, 1887).

SOTA Y LASTRA(Ramon). — Laryngitis hemorragica (Séville, 1887).

SAINT-PHILIPPE (R.). — De l'allaitement par le nez, son utilisation dans la pratique (Bordeaux, 1887).

SCHMIEGELOW. — Anden Beretning fra Kommunehospitalets Klinik for re, Nase-og Hals-Sygdomme (Copenhague, 1 cohens Bogtrykkeri, 1887).

SENESSE (H.). — Traitement local de la phtisie laryngée (*Thèse*, *Bordeaux*, 1887).

VILLEDARY. — Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement (*Thèse Bordeaux*, 1887).

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages .... I »

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir.................................... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir.................. fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 12 pages.................................... fr. » 75

Baratoux. — *De la Syphilis de l'oreille*, in-8°, 130 pages.................... fr. 2 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages.................... fr. 1 25

L. Bayer. — *Kystes osseux de la cavité du nez*, in-8°. 9 pages.............. fr. 0 50

Boucheron. — *De la Surdi-Mutité par Otopiésis ou Compression auriculaire*, in-8° de 36 pages, avec une planche en noir .... fr. 1 50

Charazac. — *Les Fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières*, in-8°, 8 pages.................................... fr. 0 75

O. Chiari. — *Des néoplasmes de la cloison des fosses nasales*, in-8°, 12 pages avec gravures.................................... fr. 0 75

Délie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages.......... fr. 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages.................................... fr. 1 50

Eeman. — *Myxome hyalin de la corde vocale inférieure gauche.* — *Syphilome de deux cordes vocales inférieures*, in-8° 16 pages.................... fr. 0 75

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir.................................... fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°....... fr. 2 15

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages.................................... fr. 1 25

Guinier. — *Du Mycosis bénin de l'arrière-gorge*, in-8°, 12 pages.............. fr. 0 50

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages.................................... fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages.................. fr. 1 25

Th. Hering.—*Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage* in-8° 16 pages. fr. 1 25

Th. Héring. — *Contribution à l'étude des érosions dites catarrhales et de leur rapport avec la tuberculose du larynx*, in-8° 20 pages.................. fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 4· pages.................................... fr. 1 50

Joal. — *Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée*, in-8° 40 pages......... fr. 1 75

Koch. — *Du Laryngo-Typhus*, in-8°, 20 pages.................................... fr. 1 25

Lichtwitz. — *Des troubles de la voix articulée (parole) dans les affections du voile du palais, de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales* in-8°, 32 pages.................................... fr. 1 50

Lichtwitz.—*Des Zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens*, in-8°, 8 pages.................... fr. 0 75

Masseï. — *Cocaïne et chorée du larynx*, in-8°. 8 pages.................... fr. 0 50

Masseï. — *Traitement local de la tuberculose laryngée (période ulcéreuse), par les moyens chirurgicaux*, in-8°, 8 pages.................................... fr. 0 50

Ménière.—*Des Bourdonnements d'oreille dans les maladies de l'estomac*, in-8°. 12 p. 0 75

Moura.— *Laryngométrie.— Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine*, in-8°, (Sous presse).................................... fr.

E. J. Moure. — *Etude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte.................................... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte.................... fr. 3 50

E. J. Moure et J. Baratoux. — *De l'emploi du Chlorhydrate de cocaïne*, in-8°, 8 pages.................................... » 50

Moure.—*Sur un cas de Fibro-Sarcome primitif de la fosse nasale droite*, in-8°, 10 p. 0 75

Noquet. — *Un cas de syphilides papulo-érosives hypertrophiques.* — *Deux cas de corps étranger de l'oreille*, in-8°, 12.................................... fr. » 75

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx.* In-8° 20 pages. . . fr. 1 25

Schiffers. — *De l'Hémiatrophie de la langue*, in-8°, 8 pages.................. fr. 0 75

Schmiegelow. — *Tumeurs malignes primitives du nez*, in-8°, 22 pages..... fr. 1 25

Schmiegelow. — *Quelques cas assez rares de perforation de la cloison nasale*, in-8°, 8 pages avec fig.................................... fr. 0 75

Sota (Ramon de la). — *Croup. Trachéotomie. Extraction d'une grande fausse membrane de la trachée et des bronches. Mort*, in-8° 6 pages........ fr. 0 50

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Editeur.